



**Departamento de Podología
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología**

Evaluación de la efectividad de la Educación para la Salud dentro de un Programa de Salud Escolar Podológica

Natalia Tovaruela Carrión

**Tesis Doctoral
Sevilla, 2016**

**Directores: Prof. Dr. D. José Ramos Galván
Prof. Dr. D. Pedro Vicente Munuera Martínez**



Departamento de Podología
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología

El Dr. D. JOSÉ RAMOS GALVÁN, profesor titular de Universidad, jubilado, y el Dr. D. PEDRO VICENTE MUNUERA MARTÍNEZ, profesor contratado doctor y director del Departamento de Podología de la Universidad de Sevilla.

HACEN CONSTAR:

Que D^a. NATALIA TOVARUELA CARRIÓN ha realizado, bajo su dirección y coordinación, este Trabajo Original de Investigación titulado: **“Evaluación de la efectividad de la Educación para la Salud dentro de un Programa de Salud Escolar Podológica”**, para optar al grado de Doctora por la Universidad de Sevilla, y que dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para ser sometido a lectura y discusión ante el Tribunal.

Sevilla a 16 de febrero de dos mil dieciséis

Los Directores,

Prof. Dr. D. José Ramos Galván

Prof. Dr. D. Pedro V. Munuera Martínez



Departamento de Podología

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología

“Evaluación de la efectividad de la Educación para la Salud dentro de un Programa de Salud Escolar Podológica”

Tesis presentada para aspirar al grado de Doctora por D^a. Natalia Tovaruela Carrión, dirigida por el Dr. D. José Ramos Galván y el Dr. D. Pedro Vicente Munuera Martínez.

Sevilla a 16 de Febrero de dos mil dieciséis

La doctoranda,

Natalia Tovaruela Carrión

Los Directores,

Prof. Dr. D. José Ramos Galván

Prof. Dr. D. Pedro V. Munuera Martínez

AGRADECIMIENTOS

Llegado este momento, he de hacer uso de mi memoria para recordar a todas aquellas personas que de una forma u otra han hecho posible materializar este sueño y hacer realidad esta gran ilusión. No es tarea sencilla resumir en pocas palabras mi más sentido y sincero agradecimiento hacia todas aquellas personas que me han acompañado durante este complicado aunque reconfortante camino. Me gustaría que estas palabras no sean consideradas como un formalismo, sino como un sentimiento de reconocimiento y agradecimiento a aquellas personas que me han animado, ayudado y apoyado. Espero no olvidarme de nadie.

Comenzar agradeciendo a mi director el Dr. José Ramos, una de las personas a la que le deberé siempre el haber llegado hasta aquí y la realización de este proyecto, en gran parte se lo debo a él, porque ha sido un pilar básico, el que me animó y me ha guiado y acompañado día a día a lo largo de esta nueva experiencia en el mundo de la investigación. Por haberme recibido en sus asignaturas, por brindarme todo su trabajo de manera desinteresada, por aportarme todos sus conocimientos, apoyo, consejos, colaboración, sabiduría, experiencia adquirida a lo largo de sus incansables años de dedicación a la Podología, por su asombrosa entrega y predisposición a trabajar por nuestra profesión. Por todo esto le muestro mi eterno agradecimiento y admiración a mi padre podológico, como yo le digo, maestro de maestros, porque no sólo me ha hecho crecer profesionalmente y me ha enseñado a tener esta pasión incondicional hacia la Podología, sino que también me ha transmitido valores que me han permitido crecer como persona. Resulta complicado plasmar en unas líneas todo lo que me ha enseñado a nivel profesional y personal, pero sólo puedo decirle que gracias de corazón por haber confiado en mí y por seguir haciéndolo y por haberme transmitido esta ilusión. Sin lugar a dudas, mi auténtico referente.

Agradecer a mi otro director Dr. Pedro Vicente Munuera por su ayuda, sus consejos, conocimientos y experiencias aportadas durante este camino que han sido fundamentales para llevar a cabo esta investigación. Agradecerle el que haya confiado en mí desde el primer momento, aún recuerdo cuando le llamamos por teléfono proponiéndole que fuera director también y sin pensarlo dijo un sí rotundo, siempre se lo agradeceré. Expresarle que para mí ha sido un gran descubrimiento como profesional y como persona, es un gran referente para nuestra profesión, ejemplo de trabajo, esfuerzo

y superación, las cosas no se regalan ni vienen solas, sino que hay que luchar y poner una meta, por todo ello es un espejo en el que a mí me gustaría reflejarme algún día.

A la dirección y AMPAS de los centros educativos por haberme abierto las puertas de sus centros para realizar esta investigación y por su colaboración permitiendo que las cosas fueran fáciles desde el primer momento.

Por supuesto agradecer a los escolares de 5º y 6º de Educación Primaria por cumplimentar los cuestionarios, ya que sin su participación esta investigación no habría sido posible, son los que dan sentido y significado a este trabajo, así como a sus familiares por permitir que estos participaran.

A Antonia Sáez, por su disponibilidad y ayuda en el análisis e interpretación estadístico de los datos, y agradecerle la paciencia que nos tiene y el ánimo que nos transmite.

A los integrantes del panel de expertos, si bien no puedo difundir sus nombres, son unos excepcionales profesionales, agradecerles por compartir su tiempo y por su contribución.

Al Departamento de Podología, por su acogida y ayuda en la gestión de todos los tramites relacionados con esta tesis.

A los docentes de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología y a expertos de otros centros que me han ayudado y transmitido sus experiencias y conocimientos en el diseño y validación de los cuestionarios.

Agradecer al Área Clínica de Podología de la Universidad de Sevilla la disponibilidad y colaboración mostrada en los aspectos requeridos.

Al personal de la Biblioteca de Centros de la Salud de la Universidad de Sevilla, agradecerle su disposición y colaboración en la búsqueda bibliográfica.

A mis compañeros podólogos y amigos, en especial a la Dra. Verónica Álvarez por ayudarme con su experiencia y por su asesoramiento en todas las dudas que me han surgido, así como por el ánimo recibido y a mi gran amiga de profesión Carolina Sobrino por su inestimable apoyo recibido durante estos años y por el ánimo y confianza que siempre ha depositado en mí.

A mis amigas de la infancia, imposible no acordarme de ustedes en este momento, sois y sereis una parte importante de mi vida, amigas con las que una siempre puede contar, a las que tengo a mi lado cada vez que las necesito, amigas con las que las alegrías se multiplican y las penas saben a menos, amigas que se alegran por tus logros y te ayudan a levantarte tras una derrota. Gracias por estar a mi lado en este camino y por apoyarme.

A mis hermanos, referentes en mi vida, por sus consejos de hermanos mayores, por cuidarme y protegerme siempre, porque cuando les necesito siempre les tengo ahí, dándome ánimo y confiando siempre en mí y por soportarme en los malos momentos de angustia y agobios.

A mi abuela materna, mi segunda madre, pilar importante de mi familia y de mi vida, la voz de la experiencia, que me ha ayudado a crecer, gracias por su paciencia, por enseñarme el camino de la vida, por los regaños que me merecía y que no entendía, por sus consejos, por el amor que me ha dado. Gracias por llevarme siempre en su corazón

A mis padres, a los que tanto quiero y valoro, porque ellos me han hecho ser la persona que soy a través de sus consejos, experiencias y por la educación recibida, por inculcarme el sentido de la responsabilidad y el trabajo. Gracias porque siempre han confiado en mí, por ponerme las cosas tan fáciles y por haberme permitido y facilitado llevar a cabo los objetivos que me he planteado, por vuestro apoyo y comprensión en todos mis proyectos. Una parte importante de este trabajo es vuestra, porque me disteis la oportunidad de seguir formándome y crecer profesional y personalmente, por darme todo a cambio de sentirlos satisfechos, simplemente viéndome feliz. No tengo palabras suficientes para agradecerles los esfuerzos que han realizado para permitirme llegar hasta aquí, pero me basta con verlos felices y orgullosos porque esos esfuerzos están dando sus frutos. Por muy orgullosos que estén ellos de mí, nunca lo estarán tanto como yo de ellos. Son las personas que más quiero en la vida.

Agradecer a todas aquellas personas que de una manera u otra han hecho posible este trabajo y me han ayudado a dar los primeros pasos en este largo camino que he empezado a recorrer.

Gracias a todos

“Evaluación de la efectividad de la Educación para la Salud dentro de un Programa de Salud Escolar Podológica”

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

EpS	Educación para la Salud
ES	Educación Sanitaria
ET	Educación Terapéutica
IBV	Instituto Biomecánico de Valencia
INE	Instituto Nacional de Estadística
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PSEP	Programa de Salud Escolar Podológica
RAE	Real Academia Española de la Lengua

ÍNDICE

1.RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
2.INTRODUCCIÓN.....	3
2.1.Planteamiento del problema de investigación	3
2.2.Justificación de la investigación.....	5
3. MARCO TEÓRICO	9
3.1. TÉRMINOS RELACIONADOS CON NUESTRA INVESTIGACIÓN.....	9
3.1.1. Eficacia/Efectividad	9
3.1.2. Educación sanitaria / Educación para la Salud.....	12
3.2. PODOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA	13
3.3. PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR PODOLÓGICA	15
3.3.1. Planificación de actividades de Educación para la Salud.....	18
3.4. EPIDEMIOLOGÍA	21
3.5. ESTILO DE VIDA COMO DETERMINANTE DE LA SALUD.....	22
3.6. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	30
3.6.1. Promoción de la Salud.....	30
3.6.2. Prevención de la Enfermedad.....	31
3.7. SALUD PÚBLICA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	35
3.7.1. Objetivos de la EpS	44
3.7.2. Escenarios de la EpS	45
3.8.DISEÑO DE ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	54
3.9.EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	57
3.9.1.Diseños evaluativos en salud pública: aspectos metodológicos.....	61
3.9.1.1.Estudio cuasi experimental antes-después sin grupo control	62
3.10.CUESTIONARIOS	63
3.11.MÉTODO DELPHI.....	66
3.12.DEMOGRAFÍA DE LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE SEVILLA.....	74
4. OBJETIVOS.....	78
4.1. OBJETIVO GENERAL	78
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	78
5. MATERIAL Y MÉTODO.....	79
5.1. Tipo de estudio.....	79
5.2. Aspectos éticos y legales.....	79
5.2.1. Solicitud de la autorización	80

5.2.2. Consentimiento Informado.....	80
5.3. Población de estudio.....	81
5.4. Características de la muestra	81
5.4.1. Tipo de muestreo.....	81
5.4.2. Criterios de inclusión.....	82
5.4.3. Criterios de exclusión.....	82
5.4.4. Tamaño de la muestra.....	82
5.5. Construcción y validación de los cuestionarios.....	82
5.6. Pilotaje de los cuestionarios	86
5.7. Variables	87
5.7.1. Variables del perfil del panelista.....	87
5.7.2. Variables del perfil del escolar.....	87
5.7.3. Variables de los cuestionarios	88
5.8. Protocolo de actuación	89
5.9. Recogida de datos.....	92
5.10. Recursos Humanos y Materiales	92
5.11. Análisis estadístico.....	93
5.12. Fuentes de consulta bibliográficas	94
6. RESULTADOS.....	95
6.1. Validación de cuestionarios	95
6.1.1. Descriptivo del perfil del panelista.....	95
6.1.2. Resultados Método Delphi	96
6.1.2.1. Cuestionario Pre	96
Tabla 9.- Segunda ronda Método Delphi. Cuestionario Pre.....	97
6.1.2.2. Cuestionario Post.....	100
6.2. Descripción de la muestra	103
6.3. Cuestionarios Pre-Charla.....	106
6.4. Cuestionarios Post-Charla	141
6.5. Análisis conjunto Pre-Post	170
6.6. Valoración global de la charla.....	175
6.6.1. Perfil del escolar que más ha aprendido con la charla-coloquio sobre el cuidado de los pies	175
6.6.2. Perfil del escolar que menos ha aprendido con la charla-coloquio sobre el cuidado de los pies.....	176
7. DISCUSIÓN	182
7.1. ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	187

7.2. UTILIDAD DEL ESTUDIO	205
7.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	206
7.4. PROSPECTIVAS DE FUTURO	207
8. CONCLUSIONES	209
9. BIBLIOGRAFÍA.....	211
10. ANEXOS.....	239
ANEXO I: Dictamen favorable Comité de Bioética de los hospitales universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío	239
ANEXO II: Solicitud autorización cuestionarios a la dirección de los centros educativos ..	240
ANEXO III: Ejemplo autorización de la dirección del centro educativo para pasar los cuestionarios.....	241
ANEXO IV: Consentimiento Informado	242
ANEXO V: Hoja de información al participante	243
ANEXO V: Hoja de información al participante	244
Reverso.....	244
ANEXO VI: Instrucciones para cumplimentar el cuestionario. Panel de expertos.....	245
ANEXO VII: Instrumento para la validación. Panel de expertos	249
ANEXO VIII: Cuestionario Pre-Charla	253
ANEXO IX: Cuestionario Post-Charla	257
ANEXO X: Producción científica relacionada con la tesis.....	261

1. RESUMEN

1. RESUMEN

Objetivos: Determinar los conocimientos y las actitudes en materia de salud podológica en escolares de 5º y 6º de Educación Primaria de la ciudad de Sevilla, antes y después de implementar una actividad de Educación para la Salud.

Métodos: Estudio cuasi experimental antes-después sin grupo control. Se han recogido datos sobre la opinión de los escolares sobre la actividad recibida, preferencias sobre los métodos educativos y se han analizado las diferencias en las respuestas por sexo, centro y nivel educativo. Para cumplir los objetivos planteados se diseñaron y validaron dos cuestionarios, uno “Pre-charla”, rellenado por los escolares antes de la charla coloquio sobre el cuidado de los pies, y otro “Post-charla” cumplimentado inmediatamente después de la actividad educativa.

Resultados: La muestra está compuesta por 409 escolares, 230 hombres y 179 mujeres. Por nivel educativo, 190 de 5º curso y 219 de 6º curso de Educación Primaria. Por centro educativo, 249 escolares de colegio público y 160 de Colegio privado-concertado. Entre los resultados principales, previamente a la actividad educativa había una relación directa entre acudir al podólogo con tener información sobre el cuidado de los pies ($p<0,05$). Después de la actividad educativa, el 98,8% de los escolares conoce la figura y funciones del Podólogo y aumenta la tendencia de visita al podólogo que se realizará en mayor medida después de la intervención que antes, pasando del 20% al 97,1%. En cuanto al aprendizaje, casi el 50% de los escolares consideran que han aprendido mucho con la charla sobre el cuidado de los pies.

Conclusiones: El cambio observado en los conocimientos y actitudes tras la intervención educativa justifica la importancia de realizar actividades de Educación para la Salud como estrategia educativa sobre los cuidados del pie dentro del Programa de Salud Escolar Podológica.

ABSTRACT

Objectives: To determine the knowledge and attitudes regarding health podiatric school in grades 5 and 6 of primary education in the city of Seville, before and after implementing a Health Education activity.

Methods: A quasi-experimental before-after study without a control group was designed. Data on the opinion of the schoolchildren about the activity received preferences on educational methods were collected, and the differences in responses by gender, health and education were analyzed. To meet the objectives two questionnaires, one "Pre-chat", completed by the school before the talk on the foot care and other "Post-talk" immediately filled after the educational activity, were designed and validated.

Results: The sample consists of 409 students, 230 men and 179 women. By educational level, 190 and 219, 5th year and 6th year of primary education, respectively. Per school, 249 students of 160 public school and private-entered school. Among the main results, prior to the educational activity it had a direct relationship between going to a Podiatrist with having information about foot care ($p < 0,05$). After the educational activity, 98.8% of schoolchildren knew the shape and functions of Podiatrist and increased the tendency to visit a Podiatrist to be held to a greater extent after the intervention than before, from 20% to 97.1 %. In terms of learning, almost 50% of the students believed they have learned a lot about foot care.

Conclusions: The observed change in knowledge and attitudes following the intervention justifies the importance of activities of Health Education as an educational strategy for foot care within Podiatric School Health Program.

2. INTRODUCCIÓN

2. INTRODUCCIÓN

2.1. Planteamiento del problema de investigación

La enfermedad ha sido un tema que ha gozado siempre de especial interés en la sociedad, pero actualmente también se está implantando una nueva cultura preventiva en nuestro entorno. La adopción de las nuevas tecnologías, las innovaciones tecnológicas producidas por los avances del conocimiento científico y la democratización de la información hacen posible que ideas, opiniones, diversidad cultural, saber y educación sean accesibles a todos, lo que genera mayor concienciación en las personas y en la sociedad sobre los aspectos relacionados con la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad. Estos avances permiten acceder a la población y a los pacientes a todo tipo de información existente en internet sin ningún tipo de restricciones o de controles de calidad sobre el contenido de la misma. A esto se une una sociedad mejor informada y que expresa un mayor interés tanto por las noticias sanitarias como por poder participar en los procesos de toma de decisiones relacionados con la salud.

Las mejores condiciones de vida y el desarrollo de la Salud Pública y la atención sanitaria han producido un cambio demográfico, que se traduce en un aumento de la esperanza de vida, de la prevalencia de las enfermedades crónicas y de la morbilidad. Este cambio plantea la necesidad de generar nuevos modelos organizativos y de provisión de servicios, en los cuales las personas asuman mayor responsabilidad y sean más activos en el cuidado de su salud.

La adopción de hábitos y estilos de vida saludables permite evitar o retrasar la aparición de enfermedades y discapacidades a lo largo de la vida de las personas. Los programas de Promoción de la Salud pretenden mejorar la salud en la población y consideramos que son una de las más eficaces y rentables estrategias en el ámbito de la Salud Pública.

La cultura de la prevención solo puede darse como resultado de un proceso de aprendizaje que debe comenzar en la escuela, haciéndose visible en todos los niveles y etapas educativas, proporcionando a los escolares hábitos de vida saludables. Estos hábitos empiezan a crearse en la infancia, donde los padres, profesores y adultos que los

rodean les ayudarán a crecer para ser en el futuro un adulto sano. Además es el mejor momento para impulsar la adquisición de estilos de vida saludables, ya que la capacidad de aprendizaje y la asimilación de hábitos son mayor en la infancia y adolescencia. El centro escolar es el lugar donde toda la población joven se aglutina durante los años de escolarización obligatoria, siendo el marco ideal para llevar a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Durante la formación universitaria recibida en el Grado en Podología y en el posgrado pudimos conocer que la mejor herramienta para el fomento de estilos de vida saludables es la Educación para la Salud en el entorno escolar, que se reconoce como una forma efectiva de intervención para mejorar la salud de la población infantil y juvenil. La Educación para la Salud debe entenderse no sólo como un modelo de participación sino también como un sistema de intervención social que tienda a modificar de forma duradera el comportamiento de la salud de los individuos. Permite promover en los escolares no sólo conductas y hábitos saludables, sino también capacitarlos desde edades tempranas a abordar los problemas de salud con una perspectiva crítica y transformadora. Tiene por finalidad inculcarle actitudes, conocimientos y hábitos positivos de salud, que favorezcan su crecimiento y desarrollo, el fomento de su salud y la prevención de las enfermedades evitables. Las medidas destinadas a fomentar la salud desde la infancia tienen un enorme potencial en años de calidad de vida, ya que sus efectos se prolongan a lo largo de toda su vida.

Desde esta perspectiva, las intervenciones educativas se dirigen a los escolares, al conjunto de la comunidad educativa y al propio centro. Se pretende que su impacto trascienda los límites del aula, al considerar que los escolares también pueden ser agentes de salud si son formados adecuadamente para ello. Consideramos que mediante la aplicación de metodologías educativas participativas se puede ayudar a identificar y a adoptar conductas saludables y también a reconocer la influencia que ejerce en la salud su entorno físico y social próximo, aspirando a que sean capaces de intervenir en su mejora. Por eso destacamos el trabajo de la Promoción de la Salud hacia la infancia y la adolescencia, en busca del aprendizaje y las competencias para afrontar retos de la vida.

En la actualidad existen diversos Programas de Salud desde el nacimiento hasta la adolescencia, que tienen como objetivos reducir la morbilidad y promover la salud del infante. Desde nuestra experiencia como alumna de primaria y secundaria, en centro

educativos de la ciudad de Sevilla, hemos participado en diversos programas sobre alimentación, sexualidad o salud buco-dental, que tienen una implantación generalizada en la comunidad autónoma andaluza, destacando la ausencia de formación en temas de salud podológica durante toda nuestra escolarización en los niveles de educación primaria y secundaria. Para corregir esa deficiencia se promovió y se puso en marcha, por la Universidad de Sevilla, el Programa de Salud Escolar Podológica (PSEP), desde el cual se evidencia la importancia de la salud en los pies desde edades tempranas, mejorando la salud podológica infantil y creando hábitos saludables que sirvan para prevenir y promocionar la salud podológica, por ello consideramos que educar a los niños y las niñas en hábitos saludables, desde temprana edad, es la medida preventiva más eficaz. La Podología, a través de podólogos comprometidos con la tarea comunitaria, procura conseguir un nivel de salud podológica que permita a todas las personas llevar una vida social y económicamente productiva, protegiendo y promoviendo la salud para todas las personas, siguiendo con el espíritu de Alma Ata.

2.2. Justificación de la investigación

La idea de llevar a cabo esta investigación surge por la necesidad de conocer la efectividad que presentan las charlas-coloquios sobre el cuidado de los pies, como actividades de Educación para la Salud realizadas dentro del PSEP, que se lleva a cabo desde el curso 1.996-1.997 formando parte de la programación de la asignatura Podología Preventiva y Comunitaria impartida en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. Ante este nuevo escenario, en el que planteamos comprobar la efectividad de las actividades de Educación para la Salud podológica, necesitamos seguir investigando para construir un instrumento fiable y válido, para aplicar en la investigación, dada la falta de estudios similares en esta disciplina.

Nuestra motivación para la realización de esta investigación comenzó por la labor desempeñada primero como alumna del Grado en Podología y posteriormente como becaria (curso 2.013-2.014), y asistente honoraria (curso 2.014-2.015), de la asignatura de Podología Preventiva y Comunitaria, desde la cual se coordina el PSEP. Al organizar las actividades junto con el profesor Dr. José Ramos Galván, como coordinador de la asignatura, ambos comentamos que ya eran bastantes los cursos que el programa se venía aplicando e insuficientes las evaluaciones que se habían realizado para comprobar la

adquisición, por parte de los escolares, de conocimientos y habilidades sobre los cuidados de los pies. Si entendemos la Educación para la Salud como un proceso de enseñanza-aprendizaje, deberemos considerar la posibilidad de que sea evaluable con el fin de determinar si se ha llevado a cabo con éxito o no, para mantener lo eficaz o buscar los motivos de fracaso para poder reconducirlos.

Estas motivaciones llevaron a iniciar y desarrollar el Trabajo Fin de Máster (TFM), dentro del Máster Universitario “Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud” de la Universidad de Sevilla, realizado durante el curso 2.013-2.014. La investigación se desarrolló dentro del PSEP. Los resultados obtenidos supusieron la mejora de los conocimientos y hábitos podológicos de los escolares. Posteriormente nos planteamos continuar este trabajo para mejorar las limitaciones que se encontraron en el TFM. Las bases de esta tesis tienen su origen en estos años de trabajo y reflexión como alumna de la Universidad de Sevilla, primero durante el Grado en Podología, después con la experiencia adquirida en la asistencia clínica como becaria del Área Clínica de Podología, apoyo a la investigación como asistente honoraria del Departamento de Podología y a los conocimientos y habilidades adquiridos en el Máster Universitario. Estas experiencias nos hicieron reflexionar sobre la importancia de conocer y aplicar la metodología más eficaz para mejorar los hábitos de los escolares para el cuidado de los pies.

Los pilares fundamentales en los que asienta este trabajo son la mejora de la salud podológica, con la idea de promocionar hábitos saludables sobre el cuidado de los pies desde la infancia, la educación como método de enseñanza-aprendizaje para adquirir estilos de vida saludables y la labor comunitaria dirigida al conjunto de la población escolar, entendiendo que no solo consiste en trabajar en las consultas o despachos, donde se atienden las demandas que llegan, sino trabajar donde la gente se reúne o se encuentra, no de manera casual o espontánea sino de manera programada.

De ahí la estrategia de unir educación y salud podológica, con la finalidad de mejorar la salud y la calidad de vida de la sociedad, por lo que es necesario intervenir y demostrar si los escolares tienen estilos de vida saludables y si estos son modificables mediante estrategias de enseñanza- aprendizaje.

Según nuestra experiencia, las charlas-coloquio sobre el cuidado de los pies están destinadas a transmitir información sobre el pie y las alteraciones más frecuentes que pueden afectarle, así como una serie de consejos podológicos destinados a desarrollar el autocuidado de los pies. También se informa sobre la figura y competencias del podólogo para acudir a él cuando los escolares, o sus cuidadores, no sepan o no sean capaces de resolver un problema por ellos mismos. Todas estas actividades están destinadas a mejorar la salud podológica.

Motivada por nuestras experiencias y reflexiones, comentadas anteriormente, nació la necesidad de comprobar si todo el esfuerzo realizado estaba dando sus frutos y se cumplían los objetivos planteados en el PSEP, pues de esta forma, además de conseguir una satisfacción personal por el trabajo realizado, podíamos asegurar que los escolares que habían participado en el programa aprendían conocimientos suficientes para crecer con buena salud en sus pies. Por ello, nos planteamos este trabajo para responder a los interrogantes que surgen sobre la efectividad de la Educación para la Salud en la escuela, comprobando si se mejoran los conocimientos y hábitos sobre salud podológica en los escolares. La evaluación nos proporcionará información y argumentos tanto para comprender los cambios ocasionados por la acción emprendida como para determinar en qué grado las charlas-coloquio han sido efectivas. De esta forma si la evaluación resulta positiva sería una manera de justificar la aplicación del PSEP y que se hiciera extensible a otros centros educativos, generalizando su implementación en todas las poblaciones, provincias y comunidades autónomas en las que fuera posible.

La justificación de este trabajo radica en la utilidad que consideramos que supondrá para la comunidad científica el conocimiento de las estrategias para el desarrollo de las actividades de Promoción de la Salud podológica, facilitando su preparación y ejecución, en cuanto a la información que deben incluir las charlas-coloquio, en base a la demanda y déficits encontrados.

También en nuestra investigación queremos conocer las preferencias de los escolares en los métodos de Educación para la Salud, pues de manera habitual en el PSEP se han venido utilizando únicamente la charla-coloquio y el taller como métodos de enseñanza-aprendizaje, por lo que consideramos conveniente explorar otras posibilidades para transmitir los conocimientos sobre el cuidado de los pies, a través de un método educativo motivador para los escolares. Para que los escolares se interesen en aprender,

los educadores deben incorporar estilos de aprendizaje que permitan llegar a toda la diversidad de estudiantes, de diferente edad, nacionalidad, cultura y desarrollar la motivación del alumnado por el aprendizaje favoreciendo el aprendizaje y retención de la información transmitida. Para conseguir esto, es importante que formadores y escolares conozcan distintos métodos educativos, con el fin de conseguir estrategias orientadas a generar un proceso de enseñanza-aprendizaje más efectivo. Por nuestra parte tenemos la voluntad de ir adaptándonos a las nuevas tecnologías, cambios sociales y preferencias de los escolares en cuanto a metodología para aprender en materia de salud podológica y a la necesidad que tenemos de seguir publicitando la Podología y la figura del Podólogo, como único especialista dedicado exclusivamente al cuidado de la salud del pie.

En esta investigación, con los datos e información obtenidos, se va a intentar diseñar, desarrollar y, lo que es más importante, validar un cuestionario, para que pueda ser utilizado como una herramienta científica para la obtención de datos en investigaciones similares, con los beneficios que ello supone, para la comunidad científica en general y para la disciplina podológica en particular. Todo esto facilitará la recopilación de información y va a permitir disponer de un instrumento que haya demostrado ya su utilidad en otros estudios, lo que resulta realmente beneficioso y de interés para otros investigadores, pues van a poder contar con una herramienta validada y fiable, que les permitirá utilizarla, sin necesidad de construir una nueva, así como poder comparar sus propios resultados con los obtenidos en otros estudios. La ausencia de instrumentos o la escasa eficacia de los instrumentos existentes, nos llevan de manera inevitable a diseñar nuevos instrumentos, siendo este un proceso laborioso y complejo.

También consideramos que el resultado de la investigación será útil para los escolares y sus familiares, pues se fomentaran estilos de vida saludables en relación con la salud del pie y hábitos higiénicos saludables, ayudando de esta forma a prevenir la enfermedad, ya que las medidas encaminadas a mejorar la salud desde la infancia tienen un enorme potencial en años de calidad de vida, pues sus efectos se prolongan a lo largo del tiempo, que no es sino el logro de la denominada salud positiva, permitiendo que las personas, familias y comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren, alcanzando un mejor estado de bienestar social, biológico y psicológico.

3. MARCO TEÓRICO

3. MARCO TEÓRICO

3.1. TÉRMINOS RELACIONADOS CON NUESTRA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Eficacia/Efectividad

En estas primeras páginas conviene aclarar algunos conceptos básicos que podemos asumir como inspiradores y referencias de todas las páginas siguientes, que sirven para interpretar correctamente el título de este trabajo.

En el ámbito administrativo y gerencial, los términos eficacia, efectividad y eficiencia son utilizados frecuentemente, existiendo una tendencia errónea a la interpretación por igual de los tres términos. Sin embargo, no son sinónimos, pues difieren en cuanto a su significado y pueden tomar numerosas acepciones en dependencia del área en que se apliquen como Salud, Economía, Sociología, Gerencia, Ingeniería, etc. (Bouza, 2000; Lam y Hernández, 2008; Román, 2012).

En investigación epidemiológica, se entiende por *eficacia* aquella virtud o cualidad de una intervención que la hace capaz de producir el efecto deseado cuando se aplica en condiciones ideales. La medida de eficacia de una intervención diagnóstica, preventiva o terapéutica implica el análisis del resultado obtenido, cuando ésta se aplica en condiciones ideales. Ello supone, según Conde (Conde, 2002), cumplir los siguientes criterios:

- Excelencia en su ejecución técnica. Implica la perfecta capacitación técnica del profesional que la utiliza, su aplicación bajo protocolo estricto y sobre todo la garantía de que el paciente la está recibiendo realmente. De hecho algunos investigadores establecen aquí el punto crucial de diferencia entre eficacia y efectividad, al decir que en el primer caso la intervención se aplica y en el segundo se ofrece.
- Utilización en grupos de pacientes con criterios estrictos de inclusión y exclusión, habitualmente relativos a edad, sexo, etnia y ausencia de elementos interferentes como comorbilidades o uso simultáneo de otras intervenciones.

Frente a este significado se situaría el de *efectividad* que alude a la capacidad de una intervención de producir el efecto deseado en condiciones reales o habituales (Conde,

2002; Saladrigas y Sacristán del Castillo, 2004; Moliner, 2008; Vlaeyen et al, 2015). La medida de efectividad de una intervención pretende conocer el resultado alcanzado por la misma en condiciones habituales de uso (Auray et al, 1998; Conde, 2002). Las condiciones ideales mencionadas en el caso del análisis de eficacia no están garantizadas. Al situarnos en la “vida real”, no es seguro que quienes estén aplicando la intervención hayan seleccionado estrictamente a los sujetos (Conde, 2002).

La *eficiencia* utiliza los métodos de investigación de diversas ciencias médicas y sociales, principalmente de la Economía y de la Epidemiología, para estimar los costes y las consecuencias de las diferentes intervenciones sanitarias. En general, se dice que un proceso de producción es eficiente si no hay otro proceso que permita producir más con los mismos recursos. En el ámbito sanitario, se es eficiente cuando se logra el máximo nivel de salud a partir de unos recursos dados. También se es eficiente cuando, comparando diversas opciones que producen el mismo resultado, se elige la menos costosa (Rubio-Terrés et al, 2004; Llor y Diogène, 2005; Dilla y Sacristán, 2006).

La evaluación es entendida como “*el juicio sobre el valor o utilidad de una intervención*”. Esta definición asume de forma implícita que lo que se juzga son los resultados de la intervención. Se define la evaluación como “*los esfuerzos dirigidos a determinar de forma sistemática y objetiva la efectividad y el impacto de las actividades realizadas para alcanzar objetivos de salud, teniendo en cuenta los recursos asignados*”. En esta definición se asume que hay diversas formas de abordar la evaluación (Nebot et al, 2011).

Los términos utilizados con más frecuencia en el ámbito de la evaluación de intervenciones en Salud Pública, adaptados de los diccionarios de Epidemiología y Salud Pública, así como del manual *Evaluation: a systematic approach* de Rossi (Rossi et al, 2004), se presentan en la tabla 1.

<i>Accesibilidad</i>	Grado en que se facilita la participación en el programa en su conjunto o en alguna de sus actividades o recursos.
<i>Cumplimiento</i>	Medida de la cantidad de la intervención que ha sido aplicada; normalmente se expresa como el porcentaje del total del contenido previsto que ha sido efectivamente implementado
<i>Eficacia</i>	Grado en que una intervención produce un resultado beneficioso en los receptores del programa
<i>Efectividad</i>	Grado en que una intervención produce resultados beneficiosos en el conjunto de la población diana
<i>Eficiencia</i>	Efectos o resultados de una intervención en relación a los recursos empleados
<i>Evaluación del impacto</i>	Estudio evaluativo en el cual se valoran globalmente los resultados directos del programa, así como el impacto en las condiciones sociales en que el programa puede influir a largo plazo
<i>Evaluación del proceso</i>	Evaluación diseñada para determinar si el programa se administra de la forma planeada a la población diana
<i>Evaluación de resultados</i>	Evaluación diseñada para determinar si el programa ha alcanzado los objetivos previstos
<i>Evaluación formativa</i>	Evaluación que se realiza durante la fase de desarrollo de una intervención orientada a obtener información sobre el proceso y los mecanismos de acción con la finalidad de mejorarla y de explorar su factibilidad
<i>Población diana</i>	Conjunto de individuos o grupos (familias, comunidades, etc.) a los que se dirige el programa

Tabla 1. Glosario de términos utilizados habitualmente en la evaluación de la efectividad

Los resultados de una intervención sanitaria pueden apreciarse en dos niveles: en los pacientes individualmente que se beneficiarían del proceso (evaluación de la eficacia) y en la población a la que estos pacientes pertenecen (evaluación de la efectividad) (Salleras et al, 2008a; Borrás et al, 2011). En la evaluación interesa valorar preferentemente la efectividad del programa sanitario. Puesto que lo habitual es que los programas no alcancen a toda la población receptora (por falta de cobertura o de adhesión de los potenciales receptores), las intervenciones no se ejecuten exactamente como se diseñaron (por fallos humanos o de los procedimientos) o surjan contingencias no previstas de naturaleza (Bueno et al, 2008).

En la evaluación de la efectividad de las intervenciones se valoran los indicadores de cambio en función de la certeza con que puedan relacionarse con la intervención. La adecuación consiste en valorar si se han alcanzado los objetivos previstos. Si se observan los cambios esperados, se considera que se cumple el criterio de adecuación. La evaluación de la adecuación únicamente requiere demostrar que se han producido los cambios previstos o deseables, ya sea entre los receptores del servicio o programa o en el conjunto de la población. Aunque no pueda establecerse una relación causal entre los

cambios observados y el programa, en muchos casos la evaluación de la adecuación puede ser suficiente para tomar decisiones (Nebot et al, 2011; Montero et al, 2015).

La efectividad de una intervención depende de la eficacia de la misma, del porcentaje de penetración en la población objetivo (cobertura) y del cumplimiento u observancia de los requisitos del programa por parte del paciente y/o profesional sanitario (Molina et al, 2005; Salleras et al, 2008a).

3.1.2. Educación sanitaria / Educación para la Salud

La *Educación Sanitaria* (ES), tiene como objetivo educar a la población para prevenir las enfermedades y promocionar la salud. La acción educativa recae sobre el individuo, al que se le intenta instruir sobre la nocividad de ciertos comportamientos, con el objeto de que modifique su vida hacia hábitos más saludables. Es llevada a cabo por el personal sanitario (OMS, 1989; Gavidia et al, 1993). Frente a este término, nace el concepto más evolucionado de *Educación para la Salud* (EpS) que fue definido en la 36ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Alma-Ata en 1983 como “*cualquier combinación de actividades de información y educación que lleva a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando lo necesite*”. Se trata fundamentalmente de una actividad educativa diseñada para aumentar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar actitudes y estilos de vida que promueven la salud (Perea, 2004; Casero, 2008; Dávila y Mujica, 2008; Hoyos y Pérez, 2009; Coll-Fernández et al, 2011). La EpS contempla al individuo como un elemento que participa activamente, establece que ya no es responsabilidad única del sistema sanitario, sino que son muchos los sectores de la sociedad que están implicados y que toda la comunidad debe intervenir (Gavidia et al, 1993; García et al, 1997). La EpS se sustenta en modelos teóricos (Greene y Simons-Morton, 1991) y criterios de calidad (Granizo y Gallego, 2007), y ha ido incorporando distintas teorías y herramientas desde el campo pedagógico (escuela nueva, enfoques humanistas, constructivismo y educación social) y los ámbitos psicosocial y sanitario (Morgan y Ziglio, 2007; OMS, 2008; López et al, 2010) (nueva salud pública, salutogénesis, determinantes sociales y personales, y equidad), superando enfoques informativos y persuasivo dirigidos a lograr comportamientos previamente definidos por el experto o la experta. Respecto a su metodología (Pérez et al, 2006a), frente a la “pedagogía tradicional”, más

coercitiva, pasiva y directiva, se apuesta por una “pedagogía activa y participativa” que, basada en el respeto al educando y el “aprendizaje significativo” (la persona aprende desde sus experiencias, vivencias y conocimientos, reorganizándolos y modificándolos en el proceso educativo), utiliza métodos y técnicas pedagógicas activas, recursos didácticos variados y un rol educador de ayuda y facilitador de aprendizajes. En cuanto a los contenidos, la EpS para generar capacidades y comportamientos saludables trabaja todos sus factores relacionados, aportados por distintos modelos teóricos (Rueda et al, 2008) (creencias de salud, acción razonada, PRECEDE, etapas de cambio y otros) (Pérez et al, 2013).

3.2. PODOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA

La salud podológica debe ser fomentada y protegida permanentemente mediante las actuaciones de Salud Pública que la sociedad se pueda permitir en cada momento, a través de la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad y no solamente con el tratamiento de los problemas (Ramos et al, 2011).

La Promoción de la Salud podológica comprende todas las medidas que tienen como fin aumentar la salud de los pies, siendo la principal actividad a realizar la ES (Ramos et al, 2011; Colegio Profesional de Podólogos de Andalucía, 2011; Ramos et al, 2016b).

Por tanto, este área tiene por objeto aumentar la salud podológica de la población, así como disminuir las afecciones y deformidades de los pies, mediante la puesta en marcha de Programas de Salud Podológica para toda la población (Gentil, 1993).

“El objetivo que deben asumir actualmente todas las Ciencias de la Salud, no es solamente curar enfermedades, sino el prevenirlas y promover la salud, para llegar a los límites fisiológicos de vida que corresponden a nuestra especie”. Carta fundacional de la Naciones Unidas (OMS, 1946). Así la Podología, como parte integrante de las Ciencias de la Salud, reconoce que son las medidas preventivas las que consiguen el descenso real de morbilidad podológica en la población (Gentil, 1993).

La Podología como disciplina científica se encarga de conservar, cuidar, mejorar y restaurar la salud de los pies, de la comunidad y del individuo empleando el método epidemiológico y la planificación para poner en marcha Programas de Salud Podológica,

según la jerarquización de los problemas detectados, buscando disminuir la incidencia de enfermedades podológicas específicas (Ramos, 2007).

Parte importante de los programas de Salud es la prevención (Delgado et al, 1998), que se ocupa de *“la interrupción de la evolución natural de cualquier enfermedad tan tempranamente como sea posible”* (Levy, 1995). En la actualidad se apuesta por invertir en programas de prevención, pues pueden reportar en un futuro un beneficio doble: la disminución de enfermedades y el ahorro económico (Sahuquillo, 2010).

La Podología Preventiva es *“la especialidad que hace referencia a los cuidados previos en la búsqueda de mejorar la calidad de vida y/o bienestar de la comunidad a nivel general y/o al individuo a nivel particular, que permiten establecer unas directrices de uso global y específico, dirigidas a cada sector de la población susceptible de padecer enfermedades físicas y/o cognitivas en la búsqueda de mejorar, mantener o curar la salud de la ciudadanía”* (López et al, 2012).

La Podología Preventiva (Gentil, 1993) se asienta en dos pilares:

- Por un lado, un conocimiento teórico o teoría podológica, que se estudia a través del método epidemiológico.
- Por otro, la aplicación práctica y organización de la atención, mediante los Programas de Salud Podológica dirigidos a la Comunidad.

La Podología Comunitaria se encarga de promover actividades comunitarias, es decir, actividades de actuación y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades e intereses comunes. Esa actuación está basada en los contenidos científicos de la Podología y en las experiencias profesionales de los podólogos, llevándose a cabo la denominada *“intervención comunitaria”* (Martín y Cano, 2010), que apoya los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorarla. La intervención comunitaria, relacionada con Podología Preventiva y Comunitaria, está dirigida a promocionar la salud, prevenir la enfermedad e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y de los grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades de salud podológica (Ramos et al, 2011; Ramos et al, 2016b).

El término clásico de *comunidad* hace referencia a un grupo de individuos que tienen algo en común: comparten un espacio social, cultural y geográfico determinado y una serie de valores e intereses. Pero los individuos no se asocian o se asocian muy poco y la forma habitual de relacionarse con los vecinos, amigos, compañeros, etc., es de naturaleza informal (De la Revilla et al, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (OMS, 1998), define comunidad como un grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Sus miembros adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la Comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas (Marchioni, 2001).

La salud de la comunidad no es un concepto individualista, ya que va encaminado a la salud de grupos de mayor tamaño que comparten características e intereses comunes. Cuando la meta de los individuos comprometidos en la salud de la comunidad consiste en la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, esta definición resultará adecuada y evitará controversias acerca de las acciones políticas correctas (Robbins, 1995, Segura, 2012; Vecina, 2013; Ramos y Tovaruela, 2014 y 2016; Ramos et al, 2016c).

3.3. PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR PODOLÓGICA

En Podología, como en otras especialidades, es de especial importancia averiguar la mayoría de afecciones lo antes posible, ya que el pronóstico va a depender de la precocidad del diagnóstico y tratamiento (Ramos, 2007).

La mayor parte de los desórdenes que suceden en el pie infantil son susceptibles de corrección y cuanto antes se inicie el tratamiento más fácil y rápida será esta corrección, pues el tratamiento es más efectivo cuando el porcentaje de cartílago es mayor. En el niño en edad preescolar existe posibilidad de tratamiento corrector, ya que el porcentaje de cartílago es todavía importante, por ello hasta la edad de 6 años se pueden tratar con una elevada probabilidad de éxito las deformidades del pie. Sin embargo

cuando comienza la pubertad, 12 años por término medio, la mayor parte de los huesos cortos del pie y huesos del tarso, casi han completado su osificación (Gentil y Becerro de Bengoa, 2001). Según Franch et al (2004) el desarrollo ontogénico del contorno y de la posición ósea está completado a la edad de 8 años, no obstante, el crecimiento óseo en general continúa hasta cerca de los 21 años (Álvarez, 2015).

Para la realización de las actividades de EpS es necesario la implantación de Programas de Salud Escolar Podológica (PSEP) en la edad escolar, que puedan describir las características normales del desarrollo del pie en esta edad y los signos precoces a valorar en un examen de salud podológica a escolares, que sepa identificar los factores de riesgo podológico que puedan prevenirse mediante un Programa de EpS (Ramos, 2007; Pérez et al, 2008; Ramos et al, 2016a).

En la actualidad, la mayoría de los países desarrollados han institucionalizado programas de salud escolar como parte integral de su educación. Los programas de salud escolar se basan principalmente en dos premisas. En primer lugar, la relación de la calidad del aprendizaje con las condiciones de salud de los escolares y en segundo lugar, la responsabilidad de los gobiernos para facilitar el crecimiento físico y mental de los niños sin problemas para su futuro papel como miembros productivos de la sociedad. Una tercera consideración es la potencial contribución en la difusión de mensajes de educación en salud e higiene de los escolares a sus padres y a la comunidad en general. Las experiencias vinculan el éxito en el Programa de Salud Escolar debido a la colaboración entre diferentes departamentos y organismos, entre ellos la educación, la salud y el medio ambiente (López, 2012). Programas de Salud Escolar eficaces transformarán las escuelas en entornos favorables para los escolares y contribuirán significativamente en la promoción de la Educación para Todos (UNESCO, 2010).

Los exámenes de salud podológica a los escolares contribuyen a prevenir y promocionar la salud infantil, no sólo por el despistaje de patologías que pueden pasar desapercibidas, por el silencio de sus manifestaciones dolorosas en la infancia, sino para diseñar programas de atención más específicos después de conocer la prevalencia real, difícil de detectar sólo por los niños que demandan asistencia (Gentil y Fuentes, 1998). Los exámenes de salud podológica constituyen una parte del PSEP en la que se realizan exploraciones podológicas a cada escolar, lo cual no es objeto de esta investigación.

Teniendo en cuenta que la totalidad de la población española más joven esta escolarizada; esto supone que la escuela es el lugar idóneo para realizar los programas de prevención podológica (López, 2011).

El trabajo del podólogo en la escuela (Ramos et al, 2006) deberá incidir en:

1. Protección de la Salud podológica del escolar.

Incluye todas aquellas medidas preventivas que tiene por objetivo vigilar y valorar el desarrollo normal de pies y miembros inferiores y lograr detectar precozmente patologías podológicas. Para ello se debe realizar un examen de Salud podológica a todo niño en edad escolar, con la misma periodicidad que los exámenes de salud escolar que se realizan habitualmente, que se encuentran gestionados, actualmente en Andalucía, por la Consejería de Salud a través del Área de Atención a la Comunidad del Servicio Andaluz de Salud (2016).

Las variaciones morfológicas afectan a uno de cada veinte neonatos distinguiéndose entre (Ramos et al, 2006):

- Malformaciones, que pueden ser congénitas, genéticas y adquiridas por procesos infecciosos, metabólicos o traumáticos.
- Disrupciones o desorganizaciones, alteración que se produce en un momento dado del desarrollo por múltiples causas y lógicamente se va a ver alterada su correcta formación.
- Malposiciones o alteraciones de la formación debidas a la mala postura en su desarrollo.

2. Fomento de la Salud podológica.

Comprende todas las medidas que tienen como fin aumentar la salud de los pies, siendo la principal actividad a realizar la EpS en la escuela, por tres motivos fundamentales (Ramos et al, 2006):

1. Porque los escolares se encuentran en un momento activo de crecimiento y desarrollo en todos los sentidos.
2. Por considerar que abarcamos un grupo numeroso de población.
3. Porque los niños están inmersos en un programa de educación, en el seno de la escuela. Sin olvidar la importancia del maestro como agente fundamental en la EpS del escolar.

El podólogo como profesional de la salud, debe intervenir de manera activa junto con el personal docente, pues la escuela no sólo debe preocuparse por el desarrollo intelectual del niño sino también del desarrollo físico y de la salud (Mejías et al, 1998; Gentil y Becerro de Bengoa, 2001; López, 2011; Cañas, 2014).

Para lograr esos dos objetivos, dentro del PSEP, se marcan dos etapas (Gentil y Fuentes, 1998; Gentil y Becerro de Bengoa, 2001; Ramos, 2007; Ramos et al, 2011; Ramos et al, 2012; Álvarez, 2015):

En una primera etapa, que no es objeto de esta investigación, se busca la detección precoz de las patologías podológicas, describir el nivel de salud podológica, conocer las alteraciones más frecuentes en los pies, así como identificar sus posibles factores de riesgo. También se propone un tratamiento podológico precoz y seguimiento de las anomalías detectadas.

En la segunda etapa, se desarrollan las bases para realizar y evaluar actividades de EpS, determinadas por la información obtenida en la etapa anterior sobre el estado de salud, las alteraciones más frecuentes y sus factores de riesgo, siendo necesario planificar las actividades.

3.3.1. Planificación de actividades de Educación para la Salud

La planificación es un proceso dinámico y continuo que integra un conjunto organizado, coherente e integrado de recursos y actividades realizadas con la finalidad de alcanzar unos objetivos determinados en una población definida, lo que denominamos como “QUÉ” o planificación normativa. Para lograrlo, se elabora un plan director que nos dirá “CÓMO” actuar, lo que se denomina planificación estratégica. El “CUÁNDO” y “DÓNDE” se llevan a cabo estos objetivos viene detallado dentro del programa que especifica las actividades que hay que realizar; es decir; la planificación táctica (figura 1). Una vez ejecutado el programa se obtienen unos resultados, que darán información útil para volver a planificar (Hernández y Lumbreras, 2008).

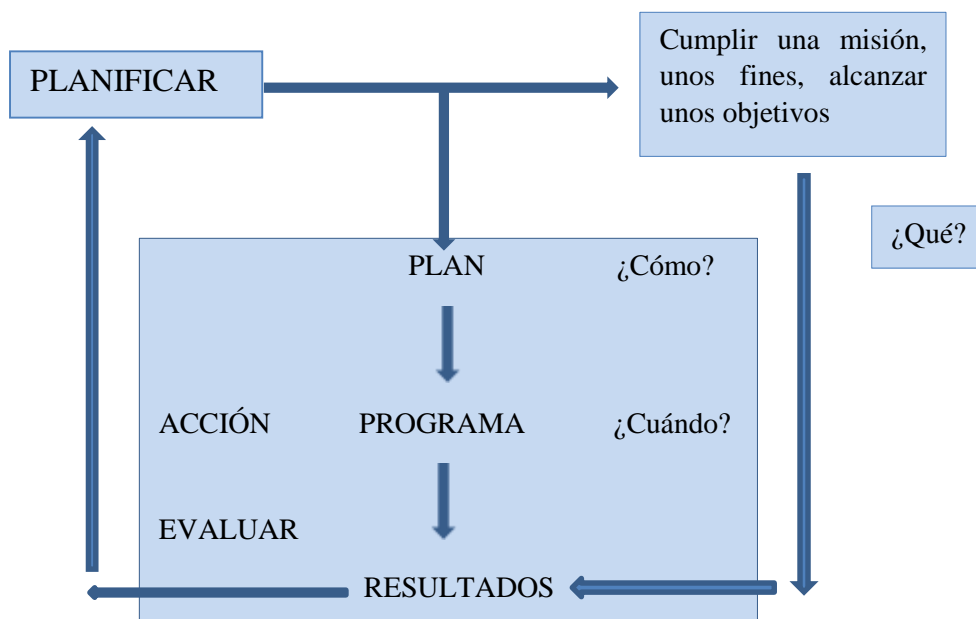


Figura1. La planificación, un proceso dinámico.

(Fuente: Piédrola, 2008)

Dentro del PSEP se planifican charlas-colquio de aproximadamente una hora de duración dirigida a los escolares de los distintos cursos, así como a sus profesores y padres o tutores utilizando un lenguaje sencillo adaptado a cada nivel y empleando medios audiovisuales que mantengan la atención y ayuden a clarificar las ideas. Para ello (Ramos et al, 2011 y 2016):

- Se programan los objetivos, abordados en páginas anteriores, y contenidos (IBV, 1999) de las charlas-colquio, que se centran en los siguientes apartados (tabla 2):
 - Pie, Podología y podólogo
 - Alteraciones más frecuentes en los escolares
 - Consejos podológicos y cuidado de los pies
 - Calzado saludable
 - Coloquio

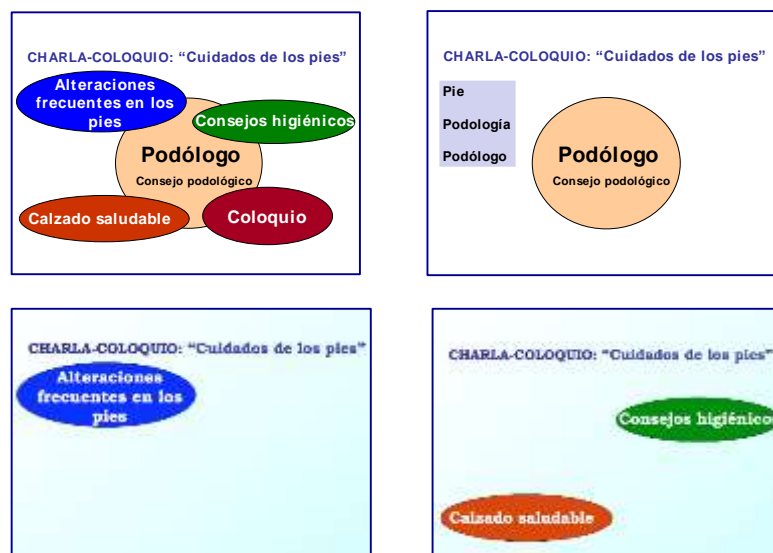


Tabla 2. Contenido de las charlas-coloquios

1. Se ejecuta el programa educativo.
2. Se evalúa la charla-coloquio a través de dibujos o redacciones, en función del nivel educativo (figura 2).

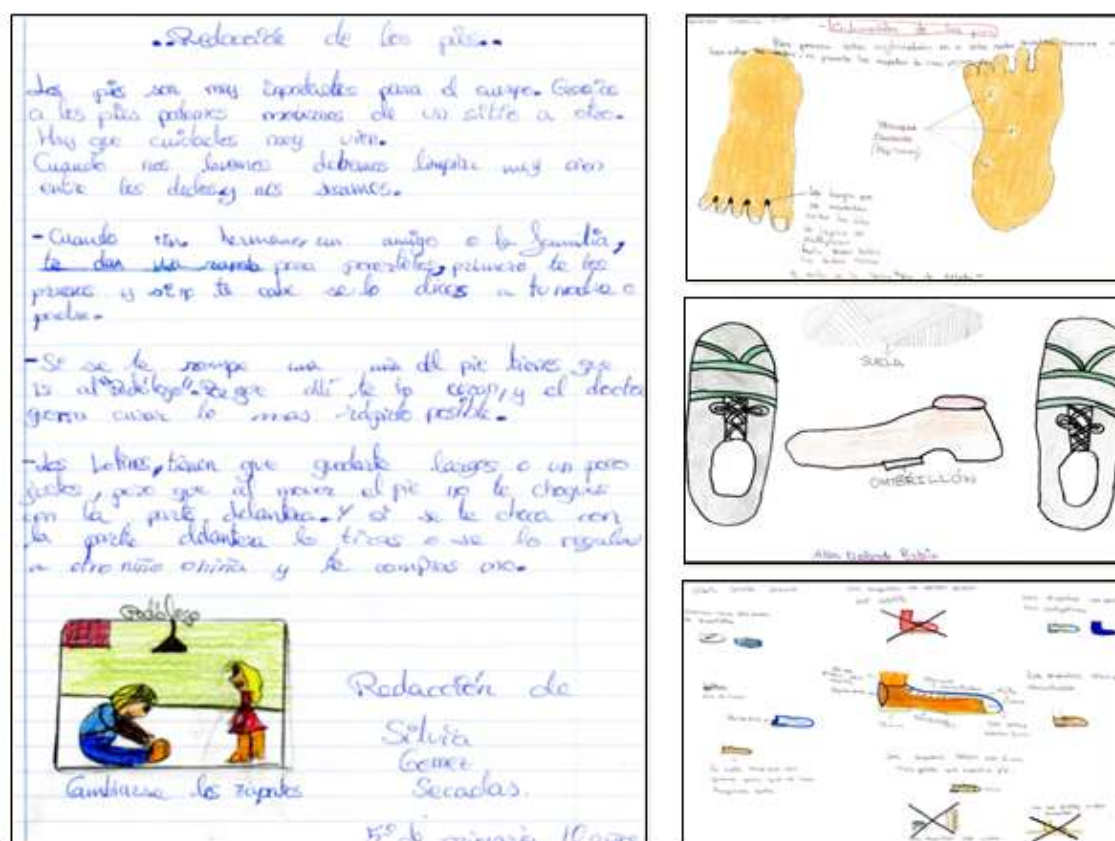


Figura 2. Redacción y dibujos de evaluación de escolares participantes en el PSEP

(Fuente: propia)

3.4. EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología puede considerarse a un tiempo disciplina científica y herramienta útil para ayudar a la toma de decisiones en todos los ámbitos de la gestión. Su papel se centra en aportar información fiable, conocimiento y previsión relevante para introducir racionalidad en la toma de decisiones. Esto es aplicable al entorno más macro de la gestión, es decir al proceso político y planificador (políticas de salud y salud pública), al de la mesogestión (cuyo ámbito de decisión afectaría a los centros e instituciones), y al nivel micro, que se correspondería con la gestión clínica, es decir con las decisiones que afectan directamente a los individuos de forma aislada o colectiva (El Comité Organizador de la XXII Reunión Científica de la SEE, 2004). La Epidemiología constituye la disciplina básica en la investigación en el área de la Medicina Preventiva y Salud Pública. La Epidemiología, como disciplina, es joven. La primera definición de Epidemiología de la era contemporánea la dio Hirsch en 1883: *“Una descripción de la ocurrencia, distribución y los tipos de enfermedades que afectan al hombre, en distintas épocas del tiempo y en diferentes puntos de la superficie terrestre y las valoraciones de esas enfermedades con las condiciones externas”* (Miguel, 2007; Delgado et al, 2008; Gordis, 2014). Es un concepto bastante moderno en el que no se hace distinción entre enfermedades infecciosas y no infecciosas. El furor de la escuela etiopatogénica, motivó que las enfermedades infecciosas capitalizaran todo el interés médico. Su frecuente carácter epidémico y la deformación del término, condicionó que las definiciones de Epidemiología se centraran en las enfermedades transmisibles y en los brotes, olvidando la definición de Hirsch. La definición de Freeman en 1942 de lo que se consideraba que era un epidemiólogo aún tiene vigencia hoy en día en algunos sectores (Hernández-Aguado et al, 2005; Villa et al, 2012; Gordis, 2014).

No es hasta 1951 cuando Kenneth Maxcy, propone una definición moderna de lo que es la Epidemiología *“el campo de la ciencia médica que se interesa por las relaciones de los diferentes factores y condiciones que determinan la frecuencia y distribución de un proceso infeccioso, una enfermedad o un estado fisiológico, en una comunidad humana”*. La palabra salud no aparece en ninguna definición hasta el año 1967, con Taylor, *“el estudio de la salud o de la salud enferma en una población definida”*.

Todas las definiciones anteriores tratan la salud-enfermedad de forma estática, sin tener en cuenta sus aspectos ecológicos y dinámicos. En 1979, Rich sí los tiene en cuenta

en su concepto: “*ciencia de la dinámica de salud en las poblaciones*”. No hace referencia a los factores que determinan esa dinámica.

Jenicek y Clérout (1987) incluyen en su definición la Epidemiología clínica y experimental “*un razonamiento y método propios del trabajo objetivo en medicina y otras ciencias de la salud, aplicados a la descripción de fenómenos de salud, a la explicación de su etiología y a la búsqueda de los métodos de intervención más eficaces*”.

Teniendo en cuenta los criterios de salud-enfermedad dinámicos, su carácter comunitario, la obligatoriedad de incluir los aspectos clínico-experimentales, y su carácter de método o razonamiento más que de ciencia, se define la Epidemiología como: “*Un método de razonamiento que estudia en las poblaciones humanas la dinámica de la salud-enfermedad, los factores que la influyen, así como la evaluación de los procedimientos diagnósticos, preventivos, terapéuticos y pronósticos*” (Delgado et al, 2008, De Teresa y Jiménez, 2011).

Entre los fines de la Epidemiología se encuentran: establecer la magnitud y distribución de la salud-enfermedad, identificar los determinantes de la salud-enfermedad, completar cuadros clínicos, identificar nuevas enfermedades, valorar las pruebas diagnósticas, describir la historia natural de la enfermedad y los determinantes de su curso, evaluar la eficacia de las intervenciones sanitarias, planificación sanitaria, ayudar en la enseñanza y metodología de investigación (Delgado et al, 2008; Béjar, 2013; Ramos-Pibernus et al, 2014).

3.5. ESTILO DE VIDA COMO DETERMINANTE DE LA SALUD

Desde antiguo muchas doctrinas se han interesado por la salud, desde el Levítico, la cultura veda, china, griega, etc. En todas ellas, desconocedoras del genoma humano, se puso especial énfasis en las causas ambientales de la enfermedad. No eran documentos científicos sino basados en la experiencia de siglos. A partir del siglo XIX es cuando se asiste a un intento de documentar cuáles son los determinantes de la salud (Martínez et al, 2013a). Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (López, 2011). Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades

sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (Decreto 164/2005; Borrell et al, 2005; Decreto 70/2013; OMS, 2016).

Para entender el papel de cada uno de los factores que determinan la salud, es preciso definir antes qué se entiende al hablar de salud. Se deben distinguir en primer lugar tres concepciones de salud (Martínez et al, 2013a):

- *Clásica*: salud equivale a poder desarrollar las actividades cotidianas (trabajo, relaciones familiares y sociales, alimentación, etc.). Estar sano es compatible con ciertas molestias, siempre que no impidan estas actividades. Es similar a la definición proporcionada por el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua: “Estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (RAE, 2001).
- *Fisiologista* (siglo XIX): equipara salud a ausencia de enfermedad. Es negativa y reductiva (prescinde de aspectos psicológicos o aspiraciones vitales).
- *Noción oficial de la Salud*: es la definición de la OMS. Se promulgó con la Carta Fundacional de la OMS (7 de abril de 1946) pero es original de Stampar (1945): “La salud es el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad o achaque”. Es positiva y global, pero tiene el inconveniente de su subjetividad y de carecer de criterios cuantificables (capacidad funcional y funciones orgánicas). Se trata de un concepto que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Por lo que diversos autores intentaron superar las limitaciones que presentaba la definición de salud de la OMS:

- Milton Terris (1987) define la salud como “estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedad”. Suprime el término “completo”. Salud y enfermedad formarían un continuo. Además para Terris, la salud tiene dos aspectos, uno subjetivo (bienestar), y otro objetivo que es la capacidad de funcionar (funcionamiento en diferentes grados) (Salleras, 1990).

- Alvin Tarlow (1992) determina que la salud “*es la capacidad individual o de grupo relativa al potencial para funcionar plenamente en el ambiente social y físico*”. Incorpora la dimensión de grupo, es ecológica y operativa al poder medirse.

En el Trabajo de Terris (1975), *Aproximaciones a la Epidemiología de la Salud*, establece el concepto de “continuo salud-enfermedad”. La salud y la enfermedad formarían un continuo en el que la enfermedad ocuparía el polo negativo, en cuyo extremo estaría la *muerte*, y la salud en el polo positivo, en cuyo extremo se situaría el *óptimo de salud* (completo estado de bienestar, según la definición de la O.M.S.). En este continuo, existe una *zona neutra* no bien definida. Significa que la separación de la salud y la enfermedad no es absoluta, ya que muchas veces no es posible distinguir lo normal de lo patológico. Hay que señalar que a uno de los extremos del continuo, la muerte, se llega en todos los casos por imperativos biológicos, mientras que el otro, el estado óptimo de salud, se alcanza muy raramente. Entre la zona neutra y los extremos existen diferentes grados de pérdida de salud (enfermedad) y de salud positiva. Por lo tanto la salud y la enfermedad, no son estáticas, sino dinámicas, existiendo diferentes niveles de salud positiva y enfermedad (Salleras, 1990).

Tanto la salud como la enfermedad son altamente influenciables por factores sociales, culturales, económicos y ambientales. Todos estos factores actúan sobre la zona neutra del continuo, provocando la evolución hacia la salud o hacia la enfermedad, positiva o negativamente, de acuerdo con su buena o mala calidad. En esta zona neutra del continuo salud-enfermedad es donde se pueden realizar las actividades comunitarias que influyen positivamente en la salud. El esfuerzo organizado de la comunidad conocido como la Salud Pública es el que puede conseguir mejorar la salud de los que están sanos y recuperar la salud perdida en el caso de los enfermos (Martín, 2012).

En este sentido, en los años 70 del siglo XX, Antonovsky, un crítico del modelo tradicional patogénico, desarrolló la conocida teoría salutogénica humana, entendiendo la salud desde una perspectiva holística e integral, que se centra en las condiciones generales implicadas en la salud teniendo en cuenta los factores que la rodean. Por lo que la salud no es una variable de intervención médica sino un producto socioecológico, fruto de la interrelación compleja de factores comportamentales, genéticos, ambientales, económicos, políticos y sociales. A pesar de que esta teoría empezó a forjarse en los años 70, su desarrollo real y expansión están sucediendo en los últimos años (Rivera et al, 2011).

El modelo salutogénico se centra en los recursos para la salud y en los procesos promotores de salud en los diferentes entornos y contextos (Antonovsky, 1996; Álvarez et al, 2011; Juvinya-Canal, 2013). En el modelo salutogénico ganan valor los *activos para la salud* que es todo aquel factor o recurso que potencie la capacidad de las personas, de las comunidades y de las poblaciones para mantener la salud y el bienestar. En un procedimiento diferente a la práctica de inventariar y diagnosticar los déficits de los individuos y comunidades, esta metodología se centra en los activos, busca las ventajas y reconoce los talentos, habilidades, intereses y experiencias de cada uno (Hernández-Díaz et al, 2014; Sáenz et al, 2015). En 1973 destaca el modelo de Laframboise (Director de planificación en Canadá), más conocido por ser posteriormente utilizado por Lalonde en Canadá (Salleras, 1990).

El Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde, analizó en 1974 la cuestión de los determinantes de la salud y construyó un modelo que ha pasado a ser un clásico en Salud Pública, y que actualmente continúa siendo un paradigma. Según Lalonde, el nivel de Salud de la población de Canadá y en general, de los países occidentales desarrollados, viene determinado por la interacción de cuatro variables (Lalonde, 1974): biología humana (genética, envejecimiento), medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural), estilo de vida (conductas de salud) y sistema de asistencia sanitaria. De estas cuatro variables, una de ellas es poco modificable (biología humana), pero las otras tres son susceptibles de sufrir una modificación (Low Y Thériault, 2008).

En la figura 3, se presenta en forma de sectores circulares la importancia relativa que cada una de las variables citadas tenía en la determinación de los niveles de salud pública en Canadá, según datos publicados en el informe Lalonde. Estas proporciones son consecuencia del análisis epidemiológico de los problemas de salud prevalentes en aquel entonces.

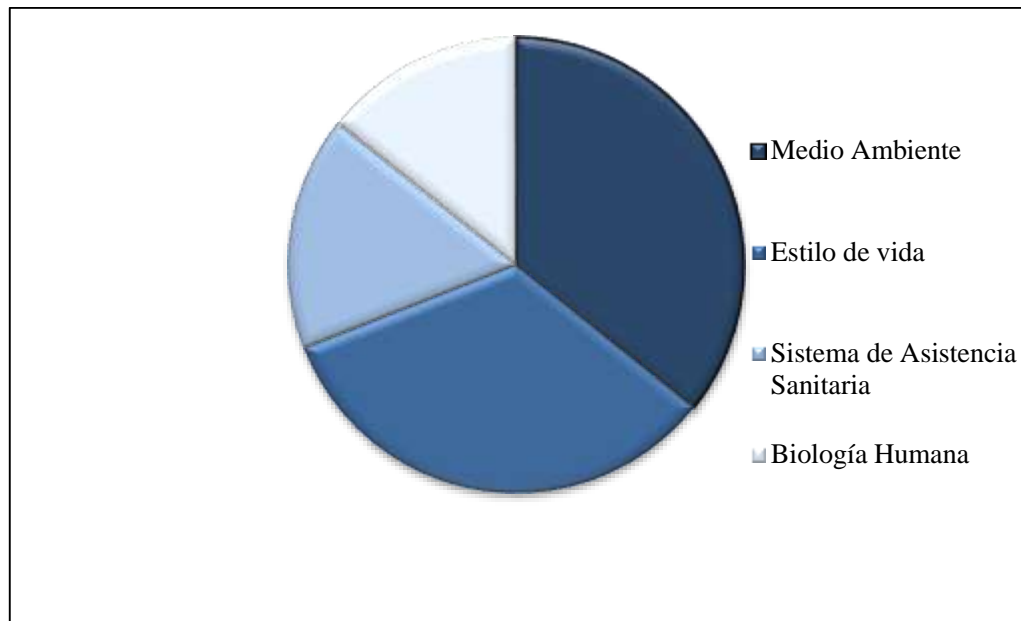


Figura 3. Efecto relativo de los determinantes de la salud

(Fuente: Lalonde, 1974)

Lalonde observó que la distribución de los gastos del sector sanitario en Canadá no tenía en cuenta las prioridades marcadas por la Epidemiología. Los gastos de asistencia sanitaria eran muy superiores a los que les corresponderían de acuerdo con la importancia de este sector en la determinación de los niveles de salud pública en Canadá. Con el medio ambiente y el estilo de vida era al revés, los gastos eran muy inferiores a lo que les correspondería de acuerdo con su importancia relativa (figura 4).

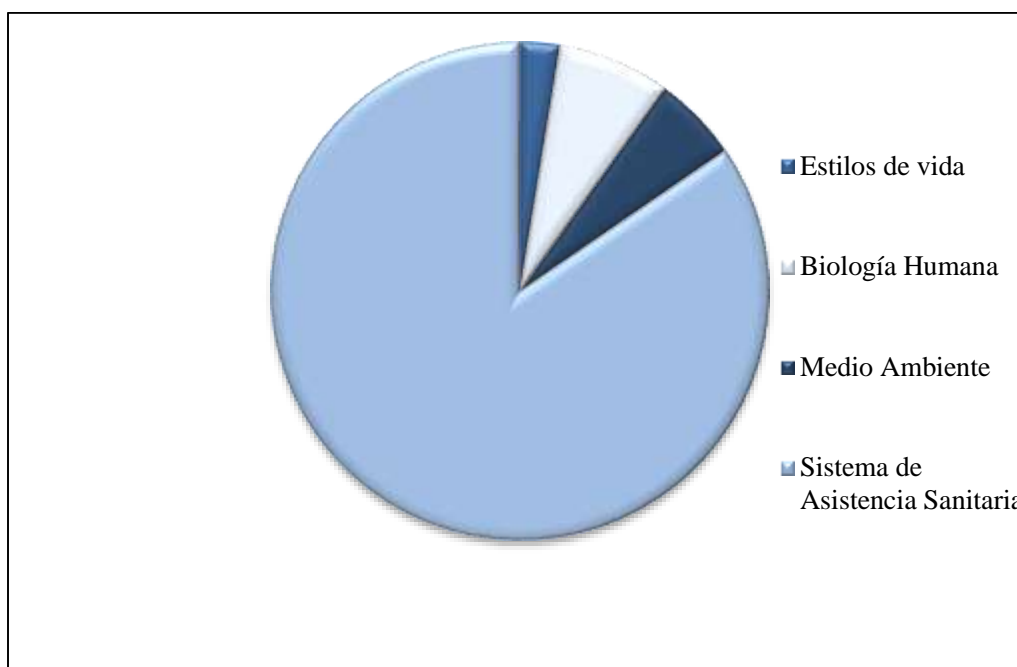


Figura 4. Proporciones relativas del dinero público destinados a los determinantes de la salud

(Fuente: Lalonde, 1974)

Numerosos estudios efectuados en Estados Unidos después de la aparición del informe Lalonde han confirmado la importancia de los estilos de vida como determinantes de la salud en los países desarrollados. Así como, han confirmado que la distribución de recursos que estos países destinan al sector salud, está sesgada de manera extraordinaria a favor de la asistencia sanitaria (Salleras et al, 2008b).

Como consecuencia de los informes y estudios, en la segunda parte de los años setenta del siglo XX surgió una importante corriente de pensamiento en Estados Unidos y Canadá que recomendaba cambiar las prioridades de la Salud Pública en estos países. Esta corriente marcaba dedicar mayor porcentaje de recursos a la prevención y a la ES, con el fin de corregir el sesgo observado entre las prioridades marcadas por la Epidemiología y la distribución de recursos monetarios a cada uno de los determinantes de la salud. Posteriormente, esta corriente de opinión se extendió por toda Europa y los demás países desarrollados. A pesar de ello, aunque los esfuerzos en los últimos años han sido importantes, los continuos avances tecnológicos de la asistencia sanitaria y la inercia de gastos que todo sistema de asistencia sanitaria comporta, hacen que hoy en día, siga habiendo en gran parte el sesgo señalado por Lalonde en su informe.

En 1976 Dever (Dever, 1991) (en EE.UU.), basándose en los modelos de Laframboise y Lalonde, presentó un modelo que analizaba de forma poco objetiva, mediante la técnica Delphi (opiniones de líderes), el gasto dedicado a cuatro grupos de determinantes (sistema sanitario, estilo de vida, ambiente y biología humana) en función de la mortalidad. Resultaba mínimo el porcentaje de gasto (1,2%) dedicado al estilo de vida, que era el grupo con mayor repercusión sobre la mortalidad (43%). Es simplista al pensar que una sola causa es responsable de la enfermedad, cuando hay interacciones entre todos los grupos de determinantes.

En 1989 y 1999 Tarlov distingue cinco grandes grupos de determinantes, que mantienen interacciones entre sí y las disciplinas que se ocupan de luchar contra ellos: biología humana (combatida mediante la asistencia sanitaria), el estilo de vida (afrontada por técnicas de prevención de la enfermedad), el ambiente comunitario (promoción de la salud), el ambiente físico (protección de la salud) y la estructura macrosocial (política, que influye en todos). Los determinantes se podrían agrupar en dos grandes categorías, ambientales y genéticos.

Como se ha determinado en los distintos modelos, el estilo de vida es uno de los determinantes con mayor repercusión en la salud y es definido como *“el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo”*. La O.M.S. define el estilo de vida como *“un modo general de vivir basado en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones de conductas individuales determinados por factores socioculturales y características personales”* (De la Cruz y Pino, 2007).

Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener esos patrones de comportamiento (Organización Panamericana de la Salud, 2016). Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas (Bennasar, 2012).

El estilo de vida saludable es el conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud en un sentido amplio, es decir, con todo aquello

que provee el bienestar y desarrollo del individuo a nivel bio-psico-social (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016). En una misma sociedad hay diferentes estilos de vida saludables en función de la concepción de salud que exista, por esta razón la definición de un estilo de vida saludable es relativa. Un estilo de vida es saludable si en su conjunto, ayuda a añadir años a la vida y vida a los años, y hace menos probable la aparición de enfermedades e incapacidades (Chillón, 2005). Según la OMS (2016), los factores que determinan los estilos de vida son:

- Las características individuales, genéticas o adquiridas (personalidad, intereses, educación recibida, etc.)
- Las características del entorno microsocial en que se desenvuelve el individuo: vivienda, familia, amigos, vecinos, ambiente laboral o estudiantil, etc.
- Los factores macrosociales, que a su vez moldean decisivamente los anteriores: el sistema social, la cultura imperante en la sociedad, la influencia de los grupos económicos y otros grupos de presión, los medios de comunicación, las instituciones oficiales, etc.
- El medio físico geográfico, que influye en las condiciones de vida imperantes en la sociedad y a su vez sufre modificaciones por la acción humana.

La población infantil y adolescente es una “materia” moldeable y receptiva que está muy abierta a las influencias de los modelos sociales y de los entornos de vida que frecuentan. Es una etapa decisiva en la adquisición y consolidación de los estilos de vida, ya que se consolidan algunas tendencias comportamentales adquiridas en la infancia y se incorporan otras nuevas provenientes de dichos entornos de influencia (Rodrigo et al, 2004).

3.6. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

3.6.1. Promoción de la Salud

En 1984 comenzó el primer programa de Promoción de la Salud de la OMS en su oficina europea. En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000” (OMS, 1984), se define la Promoción de la Salud como *“el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él”*.

Según el Glosario de Términos de la OMS (1998) (OMS, 1998), la Promoción de la Salud (Health promotion), es *“el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”*.

La Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud (OMS, 1998).

La Carta de Ottawa (OMS, 1986) identifica tres estrategias básicas para la Promoción de la Salud. Éstas son la *abogacía* por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas; *facilitar* que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y *mediar* a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad. Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción prioritarias, contempladas en la Carta de Ottawa y que son: establecer una política pública saludable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios.

La Declaración de Yakarta (1997) (OMS, 1997) sobre la manera de guiar la Promoción de la Salud hacia el siglo XXI, confirma que estas estrategias y áreas de acción

son esenciales para todos los países. Además, existe una clara evidencia de que los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más eficaces. La participación es esencial para sostener los esfuerzos. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la Promoción de la Salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstos sean eficaces. En dicha declaración se identifican cinco prioridades de cara a la Promoción de la Salud en el siglo XXI: promover la responsabilidad social para la salud, incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud, expandir la colaboración para la Promoción de la Salud, incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos y garantizar una infraestructura para la Promoción de la Salud (Bonito, 2015).

Los padres y la familia desempeñan un papel importante en la Promoción de la Salud durante la infancia y la adolescencia de los hijos. El apoyo social y la coordinación entre servicios sanitarios, escuela y padres son fundamentales para asegurar la eficacia de las intervenciones realizadas. La Promoción de Salud en el ámbito escolar representa una contribución tangible a la calidad educativa y al proyecto institucional de la escuela, permitiendo visualizar y motorizar procesos de cambio y valorizando la capacidad de los niños y sus familias para mejorar sus condiciones de vida y desarrollo. Una vez que el niño se escolariza, padres y profesores deben actuar de forma coordinada para asegurar un proceso de desarrollo y madurez adecuados (OMS, 1984; Villar, 2008; Perea 2009; Jourdan et al; 2013; Patino-Fernández et al, 2013; Lima-Serrano y Lima-Rodríguez, 2014). Joycelyn Elders reconoció la interdependencia de la salud y la educación cuando dijo: *“no se puede educar a un niño que no es saludable, y no se puede mantener sano a un niño que no es educado”*. La presencia del profesional sanitario en la escuela ayuda a atender no solo las necesidades individuales de cada escolar, sino también a la Salud Pública (Dilaura y Wheeler, 2013).

3.6.2. Prevención de la Enfermedad

Según la Resolución 37/52 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, del 3 de Diciembre de 1982, prevención es *“la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas”*.

Según el Glosario de Términos de la OMS (1998) (OMS, 1998), la Prevención de la Enfermedad (Disease Prevention) abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Niveles de Prevención

Las actividades preventivas se clasifican en tres niveles (Hernández et al, 2008), según el momento de la historia natural de la enfermedad en el que actúan.

1. La *prevención primaria* está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia (Levy, 1995). Las intervenciones se aplican en individuos susceptibles, que pueden presentar o no factores de riesgo, para evitar que padezcan la enfermedad. Su objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad. Este grupo de actividades se desarrolla en el período prepatogénico, antes del inicio de los estímulos inducidos por los factores etiológicos que provocarán la enfermedad (González et al, 2005). También se incluyen en esta prevención las acciones de detección, evaluación y reducción o control de los factores de riesgo en la población, como las campañas contra el consumo de tabaco y de promoción de la actividad física, o la difusión de las recomendaciones dietéticas para reducir el consumo de grasas saturadas (Hernández et al, 2008). Un tipo de prevención primaria consiste en la Promoción de la Salud, que no es específica de enfermedad y que están destinadas a mejorar el estado de bienestar. Por otro lado comprende medidas para prevenir enfermedades y trastornos específicos (Levy, 1995).
2. La *prevención secundaria* intenta evitar la progresión de la lesión biológica o enfermedad en pacientes que se hallan asintomáticos o manifiestan una morbilidad reducida (Rose, 1994). Se pone en marcha una vez que el trastorno está presente (o hay algunos síntomas), pero antes de que las consecuencias sean demasiado graves. Pueden ser de anticipación diagnóstica o detección precoz de la enfermedad, cuando en la fase de la historia natural en que se halla aún es posible aplicar un tratamiento efectivo, y de posposición cuando se procura retrasar la evolución de la lesión, debido a que en la fase en la que se encuentra ya no es posible aplicar medidas curativas (Martín et al, 2008).
3. La *prevención terciaria* trata de minimizar los efectos del trastorno ya desarrollado e intenta prevenir las discapacidades en los pacientes que presentan una enfermedad en

fase sintomática. Este nivel incluye medidas para posponer o retrasar la progresión de la enfermedad y evitar las complicaciones. También incluye medidas para la rehabilitación de los pacientes, mediante la provisión de recursos para entrenar y educar a las víctimas de la enfermedad preparándolas para el uso máximo de sus capacidades remanentes, enlenteciendo la progresión de una enfermedad ya previamente establecida y con ello la aparición o agravamiento de complicaciones e invalideces e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes (San Martín, 1989; Levy, 1995; Rumbo et al, 2001; Hernández y Lumbreras, 2008; Martín y Cano, 2008).

La prevención primaria y secundaria son más utilizadas por la Salud Pública; la terciaria es más utilizada por la asistencia sanitaria curativa (San Martín, 1989; Ramos, 2007)

Para describir mejor los diferentes niveles de prevención y su relación con la historia natural de la enfermedad, es apropiado mostrarla como parte de un continuo en lugar de como un concepto estático. Esto se puede hacer en forma de diagrama colocándola como parte de una línea temporal que representa el curso de la evolución natural de cualquier enfermedad o trastorno (figura 5).

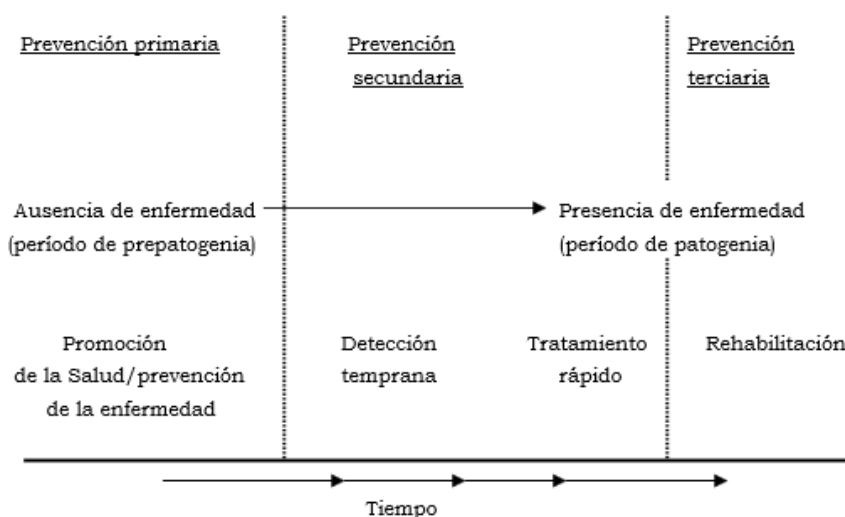


Figura 5. La prevención como un continuo.

(Fuente: Robbins, 1995)

Además de los tres tipos de prevención descritos, últimamente se están empleando otros dos niveles:

4. La *prevención primordial*. En 1972, Strasser (citado en Piédrola, 2008), miembro de la unidad de epidemiología cardiovascular de la OMS en Ginebra, añadió a los tres niveles clásicos de la prevención, el concepto de prevención primordial, cuyo objetivo es prevenir la aparición de las condiciones que predisponen a la enfermedad en aquellos países donde todavía no se han establecido, es decir, evitar la introducción de los factores de riesgo. Las acciones aplicadas hace unos años para evitar la introducción del tabaquismo en Egipto y para mantener unos niveles bajos de colesterol total en los niños de los países en desarrollo donde existe esta posibilidad, o la regulación en España para evitar la introducción del tabaco de mascar, son ejemplos de prevención primordial. El objeto de esta prevención no son los individuos, sino los países o áreas geográficas. Recientemente, se ha extendido el uso del término prevención primordial aunque en un sentido diferente al original, que algunos han denominado prevención de posición de partida (Prevention in the first place, NHLBI Report, 1994), que consiste en medidas dirigidas a evitar la modificación de la posición de partida de algún factor. Además, pretende evitar el inicio o desarrollo de muchos factores que, en sí mismos, pueden afectar a los individuos y a la población.

Los impulsores de esta nueva prevención primordial consideran insuficientes las actividades de prevención primaria sobre los factores de riesgo ya establecidos, y mantienen que la suya es una aportación radical a la prevención de las enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la del sistema músculo-esquelético, aunque en realidad sin aclarar cómo llevarla adelante, ya que se trata de un campo todavía abierto a la investigación. Para algunos tratadistas estas actividades forman parte implícita de la prevención primaria, sin requerir otro nombre (Hernández et al, 2008).

5. La *prevención cuaternaria*, en los últimos años se está empleando este concepto para definir un nuevo nivel de prevención, que es la intervención de los profesionales sanitarios para atenuar o evitar las consecuencias del intervencionismo excesivo, de ese intervencionismo que implica actividades sanitarias innecesarias (Gervás y Pérez, 2003; Gervás, 2004; Monteagudo y Vidal, 2005). Llamamos prevención cuaternaria al conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención sanitaria. Se evita el daño obviando actividades innecesarias, se reduce el daño limitando el impacto perjudicial de alguna actuación y se palia el daño reparando la salud deteriorada como consecuencia de una actividad médica (Gervás et

al, 2012). En España existen cuatro ejemplos claros donde sería necesario aplicar prevención cuaternaria como son: la prevención cardiovascular, el uso de los nuevos antidepresivos, el uso de antibióticos y el diagnóstico genético (Gervás, 2006).

3.7. SALUD PÚBLICA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La Salud Pública en su concepción más moderna es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad. Es decir, comprende el conjunto de actividades organizadas de la comunidad, dirigidas a la promoción (fomento y protección) y a la restauración (asistencia y rehabilitación) de la salud de la población (Salleras et al, 2008b).

El diccionario de la International Epidemiological Association compilado por Last (Last, 1989) define la Salud Pública como *“una de las iniciativas organizadas por la sociedad para proteger, promocionar y recuperar la salud de la población. Una combinación de ciencias, habilidades y creencias dirigidas al mantenimiento y mejoría de la salud de la población, a través de acciones colectivas o sociales. Los programas, los servicios y las instituciones que intervienen hacen hincapié en la prevención de la enfermedad y en las necesidades sanitarias del conjunto de la población”*.

La Salud Pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la *Promoción de la Salud*, la *prevención de la enfermedad* y otras formas de intervención sanitaria (OMS, 1998) . Es una responsabilidad de los Gobiernos, a quienes corresponde la organización de todas las actividades comunitarias que directa o indirectamente contribuyen a la salud de la población.

Piédrola (2008) define la Salud Pública como *“el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana, y a restaurar y restablecer su salud cuando ésta se pierde y, en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, integrándolo de nuevo en su medio social, laboral y cultural”*.

De estas actividades, unas son propias de los Servicios de Salud y están dirigidas primariamente a la consecución de los objetivos de la Salud Pública, es decir a las

acciones de Promoción de la Salud (fomento y protección de la salud) entre las que se encuentran acciones sobre el medio ambiente (saneamiento ambiental e higiene de los alimentos) y acciones sobre el individuo (EpS y Medicina Preventiva) y por otro lado acciones de restauración de la salud (asistencia sanitaria y rehabilitación y reinserción social). Otras son actividades organizadas de la comunidad que aunque primariamente están dirigidas a otros objetivos (educación, política económica, política de viviendas, urbanismo y obras públicas, política de seguridad social, etc.), contribuyen también de forma importante a la Promoción de la Salud. Unas y otras no serían posibles sin el control de los factores sociales que influyen sobre la salud (Sierra et al, 2008).

La Salud Pública tiene un campo multidisciplinario en el que confluyen las ciencias biológicas, sociales y administrativas para el estudio de fenómenos de salud en poblaciones humanas. Las ciencias sociales permiten conocer a las sociedades y culturas, y proporcionan la metodología para comprender los fenómenos sociales relacionados con la salud y la enfermedad. Así, la estadística permite obtener, elaborar, analizar e interpretar datos relacionados con las características de la población (Demografía), las enfermedades que la afectan (Epidemiología), el comportamiento del grupo social (Sociología), su cultura o modo de vida (Antropología), la interacción de los individuos, sus motivaciones y rechazos en el aprendizaje (psicología social), la forma en que se obtienen y emplean bienes y servicios (Economía) y la manera en que se satisfacen las demandas de servicios de salud (Política Sanitaria) (Higashida, 2008).

En la figura 6 se puede observar cómo se incardinan las acciones o actividades de la salud pública en el modelo del continuo salud-enfermedad.

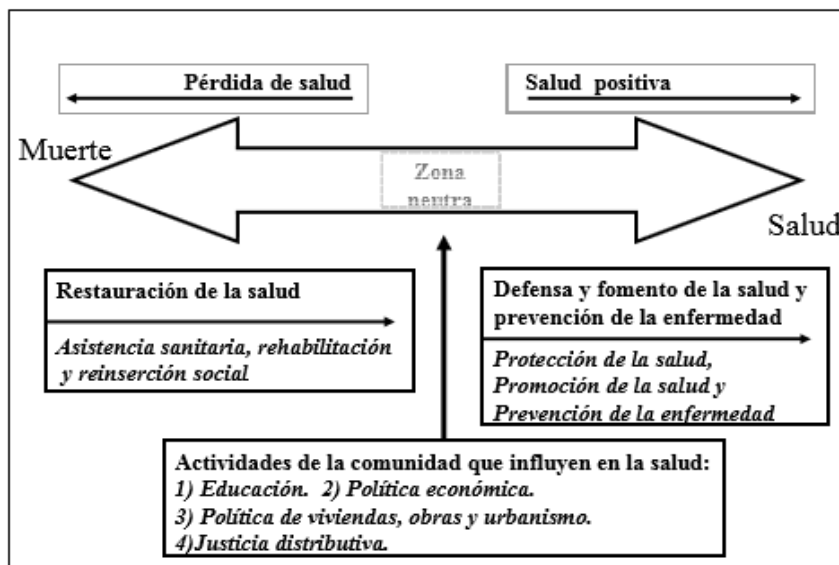


Figura 6. Continuo Salud- Enfermedad y Actividades de Salud Pública

(Fuente: Piédrola, 2008)

Mediante la EpS se pretende incidir sobre la conducta humana, fomentando las conductas positivas de salud, y cambiando los estilos de vida insanos, siendo ésta una de las actividades de la Salud Pública y de la Medicina Preventiva que despierta mayores expectativas entre profesionales y la población (Aibar, 2001; Ramos-Morcillo et al, 2013).

Desde tiempo inmemorial se sabe que los conocimientos y las prácticas en relación con la salud son muy importantes, tanto para la prevención como para la curación de las enfermedades. Ya en el Levítico, primer código de higiene escrito (siglo XV antes de Jesucristo) (Gavidia et al, 1993), se describen recomendaciones sobre conductas a adoptar por los individuos y por la comunidad para proteger la salud individual y colectiva. Durante siglos, los conocimientos, actitudes y prácticas de salud tanto positivas como negativas, han pasado de unas generaciones a otras, influenciados por las creencias del momento, así como, por los conocimientos empíricos o científicos de la medicina de la época (Salleras, 1990; Serrano, 2002b).

Así como en determinadas épocas del pasado los Gobiernos adoptaron medidas para proteger la Salud Pública (aislamiento obligatorio de los leprosos, las cuarentenas y los cordones sanitarios en la Edad Media, la declaración obligatoria de determinadas enfermedades infecciosas transmisibles, etc.), no fue hasta comienzos del siglo XX que

los gobiernos incluyeron la ES entre las acciones de la Salud Pública (Barragán, 2007; Rodríguez y Martínez, 2008).

Uno de los pioneros en este campo fue C.E.A. Winslow (1920) quien definió la Salud Pública como *“la ciencia y el arte de impedir/prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, dirigido a: el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios, el desarrollo de una organización social que asegure a cada individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la consecución de la salud”*, incluyendo así en su célebre definición de Salud Pública la ES como una de las acciones fundamentales para el fomento y la protección de la salud de la población (Promoción de la Salud) (Frías, 2000).

Se distinguen dos grandes etapas o períodos en la evolución del concepto y contenido de la ES (Moreno, 2009). En un primer período que podríamos llamar “clásico”, que va desde principios de siglo XX hasta mediados de la década de los 70, en el concepto de ES sólo se incluían las acciones educativas dirigidas al individuo y que tendían a responsabilizarlo de su propia salud, y su objetivo único eran las conductas relacionadas con el fomento y la protección de la salud, es decir, modificar las conductas insanas, mediante actividades educativas o persuasivas dirigidas al individuo, al que se responsabilizaba de su propia salud (Salleras et al, 2008b).

Dentro del período clásico, una de las primeras definiciones válidas la elaboró Wood en 1926, para este autor es *“la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la Salud del individuo y de la comunidad”*. Para Derryberry (Morón, 2000), es fundamentalmente *“un proceso de aprendizaje encaminado a modificar de manera favorable las actitudes y a influir en los hábitos higiénicos de la población”*. Para Grout, es el *“procedimiento que entraña traducir los conocimientos acumulados acerca de la Salud en normas de comportamiento adecuadas individuales o comunitarias, valiéndose de la educación”*. Para Gilbert (Gavidia y Rodes, 2000), consiste en *“instruir a las gentes en materia de higiene, de tal forma que apliquen los conocimientos adquiridos al perfeccionamiento de su Salud”*. Según este autor pretende inculcar actitudes sanas y formar una mentalidad de salud, apoyada

en sólidas convicciones, como guía para la elección de las reglas higiénicas de vida (Salleras, 1990).

Seppilli la ha definido como *“una intervención social que tiende a modificar conscientemente y de forma duradera los comportamientos relacionados con la salud”*. Ello presupone el conocimiento del patrimonio cultural del grupo y la focalización de sus intereses subjetivos, y requiere la eliminación de las resistencias que el grupo opone a la intervención (Aibar, 2001).

En todas estas definiciones “clásicas”, se encuentra el concepto común de modificar positivamente los conocimientos, actitudes y hábitos relacionados con la prevención de las enfermedades y el fomento de la salud (lo que entonces se denominaban hábitos de vida, prácticas higiénicas o reglas higiénicas). Esto se pretende conseguir con acciones educativas y persuasivas dirigidas exclusivamente al individuo, sin incidir sobre el medio ambiente físico o social en el que vive inmerso y que se sabe que hoy en día influye de forma importante sobre los comportamientos que se adopta.

En la misma línea de pensamiento están las definiciones elaboradas por la Asamblea Mundial de la Salud y por los Comités de Expertos de la O.M.S, aunque con algunos caracteres diferenciales que las aproximan al concepto actual. En su primer Informe, el Comité de Expertos de la OMS en ES, reunido en 1953, declaró que uno de los principales objetivos es *“ayudar a la gente a alcanzar la Salud mediante sus propios actos y esfuerzos”*. En el mismo Informe, el Comité señaló que los objetivos generales son los siguientes: hacer de la salud un patrimonio de la colectividad; capacitar a las personas en el desempeño de las actividades que deben emprender por sí mismas, ya sea individualmente o en pequeños grupos, con el fin de alcanzar plenamente el estado de salud tal como lo definió la constitución de la OMS.; fomentar el establecimiento y utilización apropiados de los servicios de salud. Por su parte, el Comité de Expertos de la OMS en Planificación y Evaluación de los Servicios de ES (Comité de expertos de la OMS, 1969), declaró a su vez que *“la Educación Sanitaria representa esencialmente una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos. De una manera general, pretende que los individuos adquieran y conserven hábitos de Salud sanos, que aprendan a usar más juiciosamente los servicios de Salud que tienen a su disposición y que estén capacitados para tomar, individual o colectivamente, las*

decisiones que implican la mejora de su estado de Salud y el saneamiento del medio en que viven”.

En la 23ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 1969), al anunciar los principios básicos más eficaces para el establecimiento y desarrollo de los servicios nacionales de Salud Pública, se definió de la siguiente forma: *“Asegurar la Educación Sanitaria de la población en la aplicación de todos los programas de Salud Pública, para remarcar así la responsabilidad personal y colectiva de todos los miembros de la sociedad en la protección de la Salud humana”*. En especial, se insiste en la responsabilización del individuo por su propia salud y por la de la colectividad. También se señala que debe preparar a los individuos para que puedan tomar decisiones juiciosas sobre su salud y la de la comunidad. En este punto la OMS., ha sido pionera en establecer y desarrollar uno de los aspectos fundamentales del concepto actual y que es la capacitación de la población para que pueda participar de forma efectiva en la toma de decisiones que afectan a la salud de la comunidad.

En todas las definiciones reseñadas anteriormente, no se mencionan los factores ambientales externos al individuo que condicionan o influyen en dicha conducta, por lo que son definiciones parciales, no compresivas. Si sólo se incide sobre el individuo, aunque se modifiquen favorablemente las actitudes y quede así abierto el camino para la acción, muchas veces no se va a emprender la conducta adecuada si los factores externos no son favorables. La ignorancia de estos factores externos y la no promoción de los cambios necesarios han sido la causa principal del fracaso de muchos programas de EpS (Salleras et al, 2008b).

En una segunda etapa que se inicia a mediados de la década de los 70 del siglo XX y que podríamos denominar “actual”, los conceptos y los objetivos sufrieron cambios importantes. En los años 60 del siglo XX numerosas investigaciones ya habían demostrado que las conductas humanas no dependen sólo de factores internos del individuo, sino que dependen también en gran medida de factores externos al individuo, ambientales y sociales. También se había demostrado que las acciones de EpS dirigidas sólo al individuo habían sido muy poco eficaces en la modificación de los comportamientos insanos fuertemente enraizados en la sociedad. Por todo ello, la modificación de los factores externos en sentido favorable, pasó a ser uno de los objetivos de la EpS, la cual además de incidir sobre los individuos, debe promover también los

cambios ambientales y sociales que sean necesarios para que el cambio de conducta pueda llevarse a cabo y mantenerse (Salleras et al, 2008b).

En la Conferencia de Alma Ata (1978), la OMS establece las estrategias que en materia de salud se desarrollarán en todas las naciones. El motivo era una necesidad urgente, por parte de todos los gobiernos, para proteger y promover la salud de todos los pueblos, con una meta tal vez demasiado optimista, alcanzar la “salud para todos en el año 2000”. La 36ª Asamblea Mundial de la Salud, define la EpS como *“cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleva a una situación en que la gente sepa cómo alcanzar la salud y busque ayuda cuando lo necesite”*. Siguiendo a Green (1976), la EpS puede entenderse como cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud. Una definición muy utilizada en EE UU es la formulada por Henderson (1981) como proceso de asistencia a la persona, individual o colectivamente, de manera que pueda tomar decisiones, una vez que ha sido informado en materias que afecta a su salud personal y a la de la comunidad. Para Rochon la definición más completa es la de Gordon, para el que la EpS es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar cambios de comportamientos saludables (Perea, 2004).

Salleras (1990), defiende por considerar la más comprensiva la formulada por el IV Grupo de Trabajo de la “National Conference on Preventive Medicine” (John, 1976), que establece que la EpS debe ser *“un proceso que informe, motive y ayude a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugne los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirija la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos”*. En el estudio detallado de esta definición, podemos observar la inclusión de una serie de actividades conducentes a (González et al, 2008; OMS, 2016):

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las cuales los individuos pueden mejorar y proteger su propia Salud, incluyendo el uso más eficaz de los servicios de asistencia médica del país.
- Motivar a la población a que quiera cambiar a prácticas o hábitos más saludables.
- Ayudar a la población a adquirir los conocimientos y la capacidad necesarias para adoptar y mantener unos hábitos y “estilos de vida” saludables.

- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida saludables y una conducta saludable.
- Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los agentes de EpS de la comunidad.
- Incrementar mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos.

Resumiendo esta definición, la EpS es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos (Salleras et al, 2008b).

Cuando se analizan las diferentes definiciones propuestas por los autores que se han ocupado del tema, por la Asamblea Mundial de la Salud, por los Comités de Expertos de la OMS o por los organismos y asociaciones de carácter nacional o internacional cuya área de interés es la ES, se observa que en todas ellas hay un objetivo común: la modificación, en sentido favorable, de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades. El objetivo último son los comportamientos. La modificación de los conocimientos y actitudes no es más que un vehículo para el cambio de comportamientos. De todas formas, se observan importantes diferencias entre unas y otras definiciones, en especial en lo que concierne a la forma de conseguir el cambio de comportamiento (acciones sobre el individuo o también sobre el medio ambiente) y a las conductas a modificar (sólo las que tienen relación con la Promoción de la Salud o también las relacionadas con la restauración de la salud) (Salleras et al, 2008b; Rodríguez y Calvo, 2010). Además, las definiciones recientes incluyen la actuación sobre los factores externos para hacerlos favorables (o por lo menos neutros) a la conducta positiva de salud (Roque, 2014; Vargas y Palacios, 2014).

Otro punto que diferencia el concepto clásico del actual, es la inclusión de la educación de pacientes en el concepto actual, al comprobarse que la conducta humana no sólo es importante en la fase de Promoción de la Salud, sino que también lo es en la de restauración de la salud, en especial en las enfermedades crónicas (García y Suárez, 2001; Salleras et al, 2008b). Por lo que el término más reciente es sin duda el de Educación Terapéutica (ET) entendida como todo proceso educativo que, dirigido a una población enferma, pretende mejorar su calidad de vida y su bienestar social, a través de una

modificación de actitudes, aptitudes y hábitos, en sentido positivo, y mejorando el cumplimiento terapéutico. En otras palabras, que el enfermo, siempre con la ayuda de la familia, sea el que controla la enfermedad y no que ésta lleve el control de su evolución (Sánchez-Martos, 2004; Navarro-Flores et al, 2015). La educación como acto terapéutico, consiste en la gestión de comprensión y compromiso para obtener una calidad de vida satisfactoria, a pesar de la omnipresencia de la enfermedad. Esta tiene un poderoso impacto sobre toda la gama de indicadores clínicos, pues contribuye significativamente a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles y a disminuir los costos de los servicios de salud (Navarro-Flores et al, 2014). Asimismo, la ET consiste, en sí misma, en una acción preventiva a mediano y, sobre todo, a largo plazo, a la vez que contribuye a preparar al paciente que tiene una enfermedad crónica para asumir una actitud positiva ante su enfermedad, al hacer uso eficiente de sus recursos y mecanismos personales, y coadyuva al desarrollo de un modo de vida responsable, autónomo y comprometido con el bienestar del ser humano (Saldaña, 2006; Pérez et al, 2006; García y Suárez, 2007; González et al, 2012; Viadé y Royo, 2013; González y González, 2014; González et al, 2015; Puig et al, 2015; Orozco-Beltrán et al, 2016).

Aunque la EpS tiene una función preventiva y correctiva que exige por parte de la persona, la familia y otros grupos sociales los conocimientos necesarios para la prevención de ciertas enfermedades, su principal finalidad no está en evitar la enfermedad sino en promover estilos de vida saludables; tiene un sentido positivo de ayuda y potencialización de la persona para la participación y gestión de su propia salud y poder desarrollarse en un proceso de salud integral (Ordoñana, 2003; Pino, 2008; Perea, 2009; Ramsey et al, 2013). La EpS a la población consiste en hacer partícipes a sus miembros de una serie de conocimientos que impulsen razonadamente a la acción y a la responsabilidad. “Saber” es discernir lo que es de lo que no es. En este caso lo que es bueno y lo que no lo es para la salud y sabemos algo plenamente cuando, además de saber “qué es”, sabemos “por qué es”. Por tanto la EpS pretende razonar por qué tal serie de comportamientos o estilos de vida pueden afectar a la salud (Álvarez, 1995; Del Rey et al, 1998; Castellano, 2002; Cuesta et al, 2011; Vargas y Palacios, 2014).

En la EpS están implicados conocimientos sanitarios, pedagógicos, psicológicos, antropológicos, filosóficos, sociológicos, de teoría de la comunicación (Caldés et al, 2005). Como herramienta para la Promoción de la Salud es fundamental para mejorar la salud de las poblaciones y promover el capital de salud. Sin embargo, no siempre ha recibido

la atención necesaria (March et al, 2011). El limitado interés se deriva de varios factores, entre ellos: la falta de comprensión de la EpS por los que trabajan en este campo; la falta de conocimiento y consenso sobre las definiciones de la EpS y la promoción; y los educadores de salud se enfrentan a la dificultad para demostrar la efectividad de la práctica de la EpS (Talavera y Gavidia, 2007; World Health Organization, 2012; Serrano-López et al, 2015; Orrego et al, 2016).

3.7.1. Objetivos de la EpS

Según Salleras (Salleras, 1990; Salleras et al, 2008b; Fundadeps, 2016), los objetivos de la EpS son:

1. Hacer de la salud un patrimonio de la colectividad.

Hacer que los individuos, grupos y colectividades acepten la salud como un valor fundamental, básico de la comunidad y acepten la responsabilidad que les incumbe en su promoción y cuidado, tanto a nivel individual como colectivo.

2. Modificar las conductas negativas relacionadas con la promoción y restauración de la salud.

Con ello, se pretende eliminar los hábitos insanos ya establecidos en los individuos y colectividades.

3. Promover conductas nuevas positivas favorables a la promoción y restauración de la salud.

Hacer que los avances en los conocimientos sanitarios y médicos tengan su aplicación práctica en la comunidad y sean incorporados en forma de hábitos o nuevas conductas de salud a la vida diaria de los individuos, grupos y colectividades. Es decir promocionar conductas nuevas todavía no establecidas en la comunidad, pero que serían beneficiosas para el fomento y protección de la salud de la población, o para su restauración cuando se ha perdido.

4. Promover cambios ambientales favorables a los cambios conductuales preconizados.

No sólo debe propugnar los cambios en el medio ambiente físico, psicosocial y sociocultural que sean necesarios para la consecución de los objetivos previstos. La fase de investigación previa a la puesta en marcha de cualquier programa comunitario de Educación en Salud, además de estudiar los conocimientos, actitudes

y hábitos de salud de los individuos y grupos, debe investigar también los factores ambientales nocivos que influyen en los comportamientos insanos.

5. *Capacitar a los individuos para que puedan participar en la toma de decisiones sobre la salud de su comunidad.*

3.7.2. Escenarios de la EpS

La EpS es la principal acción de prevención primaria para muchas enfermedades prevalentes en la actualidad, ya que están condicionadas principalmente por factores conductuales o de comportamiento. Y también es fundamental en la prevención secundaria, para descubrir o detectar precozmente las enfermedades crónicas en la fase presintomática (screening, autoexamen) o al aparecer los primeros síntomas. Por todo ello es muy importante que llegue a toda la colectividad. Cualquier persona, sea cual sea su edad, sexo, nivel de renta, lugar de residencia y las circunstancias de su vida personal, familiar o social, puede y debe beneficiarse de ella (Salleras et al, 2008b; Vargas y Palacios, 2014).

Pero como es lógico, las necesidades de los distintos individuos y grupos sociales no son uniformes y los objetivos a lograr también son diferentes. Ello justifica que no haya un programa único, sino varios programas con objetivos distintos y campos de acción diferenciados (Salleras et al, 2008b).

Una primera distinción la podemos basar en el “status de salud” de la persona objeto de la acción educativa, pues los objetivos serán diferentes cuando se trata de educar sujetos sanos que cuando se incide sobre enfermos. Pero la dificultad empieza cuando se trata de definir a cada uno de los grupos. A los exclusivos efectos de la EpS podríamos decir que “sano” es el individuo al que la sociedad le atribuye el status de estar sano y lleva a cabo con toda normalidad sus actividades habituales (estudio, trabajo, ocio, etc.), y “enfermo” es aquel sujeto al que la sociedad atribuye tal status, que recibe asistencia sanitaria, bien en su domicilio, bien en el hospital u otro centro asistencial, y que tiene limitadas sus actividades habituales a consecuencia de la enfermedad (Salleras et al, 2008b; Fuentes, 2011).

En la literatura americana se conoce a estos dos grupos de personas como “consumers” (consumidores) y “patients” (pacientes), respectivamente. Pero no todos los

individuos “sanos” gozan del mismo status. Unos son jóvenes, no han adquirido todavía hábitos insanos y asisten a la escuela en la que llevan a cabo su socialización secundaria (la primaria ha tenido lugar en el hogar). Mientras que otros son adultos, muchos de ellos han adquirido hábitos insanos y llevan a cabo diferentes tipos de trabajo, algunos de los cuales conllevan riesgos específicos (Salleras et al, 2008b; Fernández, 2009; Fuentes, 2011).

En el primer grupo, la EpS se efectuará en la escuela, su objetivo principal será la Promoción de la Salud y la adquisición de hábitos sanos (“construcción de conductas positivas de salud”) y la técnica utilizada para lograrlo será la educación fundamentalmente. En el segundo grupo, la EpS se efectuará en la comunidad o en el medio laboral (en el caso de riesgos específicos condicionados por el tipo de trabajo) y su objetivo será el fomento y protección de la Salud mediante la erradicación de hábitos insanos (“modificación de conductas negativas”) y la técnica a utilizar será la comunicación persuasiva principalmente (Salleras et al, 2008b; Manfredi et al, 2011).

Por lo tanto para su desarrollo operativo, los tres ámbitos principales de actuación son: la escuela, el lugar de trabajo y la comunidad general. Es fundamental que los conceptos impartidos en los distintos campos sean coincidentes, pues no hay nada más nocivo que la circulación de ideas contradictorias sobre los mismos problemas y la forma de solucionarlos. Por ello, en este punto es recomendable que todas las acciones educativas en salud sean coordinadas por los departamentos de ES de los Servicios de Salud Pública, a todos los niveles de la administración sanitaria (Salleras et al, 2008b; Costa y López, 2008; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

3.7.2.1. Educación para la Salud en la escuela

La infancia y la adolescencia son dos etapas críticas en el proceso de desarrollo y madurez de la persona. La actividad preventiva durante estas etapas clásicamente se ha centrado en la aplicación de métodos de cribado, actividades de prevención secundaria basadas en el diagnóstico precoz de anomalías o enfermedades, actualmente se prefiere hablar de Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad (Bueno et al, 2008; Davó et al, 2008; Lillo, 2014; Matos et al, 2014; Roque, 2014). A nivel comunitario se puede intervenir sobre múltiples campos de acción destinados a conseguir un entorno físico, laboral y

social más saludable que permitan el crecimiento y desarrollo más adecuado durante la infancia y la adolescencia.

Las habilidades psicosociales para la vida son consideradas herramientas útiles para que las personas establezcan relaciones saludables consigo mismas, con las demás y con el entorno, de tal manera que sean favorables a la salud y el bienestar del individuo en todos sus ámbitos (Mantilla y Chahín, 2007). Parten de la premisa que las personas tienen la capacidad de transformarse a sí mismas e intervenir en el entorno en el que viven para construir el mundo que desean (Mantilla et al, 2013). Esta idea se aborda en el ámbito escolar dado que las instituciones educativas han sido consideradas como espacios ideales de aprendizaje (Birrell et al, 1997) a través de diversos programas de EpS, los cuales buscan brindar herramientas a estudiantes que les permitan desarrollar y afianzar sus habilidades y por tanto contribuir así a su desarrollo integral (Benito et al, 2008; Astrom y Mbawalla, 2011; Chen et al, 2011; Dongre et al, 2011). Las habilidades para la vida promueven el desarrollo de factores de protección comunes a diversos problemas psicosociales y que facilitan al estudiantado la tarea de enfrentar con éxito las exigencias, demandas y desafíos de la vida diaria; reconoce el rol de las competencias psicosociales tales como: la autoestima, la asertividad, las habilidades para la toma de decisiones, el pensamiento creativo crítico y reflexivo, el manejo de emociones y sentimientos, la comunicación efectiva y la autonomía moral (Ministerio de Educación, 2005; Mantilla et al, 2015; Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2015).

La educación en salud escolar tiene por finalidad inculcarle actitudes, conocimientos y hábitos positivos de salud que favorezcan su crecimiento y desarrollo, el fomento de su salud y la prevención de las enfermedades evitables de su edad. En este campo, es necesario, no sólo que los educandos comprendan el mensaje, sino que queden convencidos de su veracidad e importancia y que suscite una acción positiva (Serrano, 2002a; Salleras et al, 2008b; Morales, 2009; Yonekura y Baldini, 2010; Martínez et al, 2013b).

El Programa de EpS en la escuela es el más eficaz y rentable de los tres escenarios (escuela, lugar de trabajo y comunidad), comentados anteriormente. Pues el escolar es un individuo en período de formación física, mental y social, con gran capacidad de aprendizaje y asimilación de hábitos, lo cual le hace el más receptivo de los educandos (De la Vega y Santos, 2000; Varela-Centelles et al, 2008). Es el conjunto de experiencias y actividades escolares organizadas que contribuyen a la educación en salud de los alumnos.

Durante los años escolares, los niños tienen muchas y variadas experiencias relacionadas con la salud, tanto dentro como fuera de la escuela, que contribuyen a la EpS (Gavidia, 2003; Fernández, 2006; Varela-Centelles et al, 2008; Riquelme, 2012; Ayuntamiento de Sevilla, 2015b).

Las instituciones educativas, están representadas por la escuela y la comunidad educativa, y son descritas como el espacio y el grupo por excelencia donde y con quien el escolar tiene la posibilidad de desarrollar sus potencialidades para adquirir una serie de habilidades y competencias que le permiten en mayor o menor medida enfrentar los retos de la vida de una manera efectiva: esto no es posible lograrlo sola, por eso se debe relacionar con otros sectores y en especial con el de la salud (García, 2006). La escuela tiene una acción extensa por todo el país, y en teoría todos los niños acuden a ella (Davó y Ruiz, 2001). Es el espacio donde confluyen las oportunidades de aprendizaje, el diálogo de saberes e ignorancias y donde se aprenden habilidades para la vida. Es el entorno privilegiado para iniciar, desarrollar y reforzar una visión integral de la salud, así como enseñar, practicar y corregir hábitos que permitan vivir sano (García, 2006; Ayuntamiento de Sevilla, 2015b; Davó-Blanes et al, 2016).

Todo ello ha hecho que estos programas hayan adquirido un auge extraordinario en los últimos años. A través de ellos, se cubren las necesidades de salud del niño, de la familia y de la colectividad, y le prepara para que, al dejar al escuela, sea capaz de tomar sus propias decisiones en relación con la salud, cuidar de su propia salud y la de sus semejantes y adoptar un régimen o estilo de vida que comporte el logro de la denominada “Salud Positiva”, y que no es sino el logro de todas las posibilidades físicas, mentales y sociales por parte del individuo (Vázquez y Hervás, 2008; Rivera et al, 2011).

Las experiencias en la escuela, como los contactos con el servicio médico escolar o los derivados de un medio ambiente saludable y la práctica de una vida sana en la escuela, contribuyen a la EpS y su efecto puede ser beneficioso o nocivo. Las experiencias extraescolares, como las recomendaciones y cuidados en el hogar (Lafuente et al, 1987), la enfermedad de algún miembro de la familia, las visitas al médico o al dentista, la lectura de periódicos o revistas, los programas de radio o televisión sobre problemas de salud, pueden ser beneficiosos o nocivos según el grado o nivel de EpS de la comunidad.

Ambos grupos de experiencias, aun siendo importantes, no son suficientes. Para las necesidades de la vida diaria, se necesita un cuerpo integrado y comprensivo de doctrina aprendido en la escuela en forma de enseñanza formal, que es lo que constituye

la enseñanza de la salud. De estas consideraciones, se desprende que el programa deba comprender los siguientes apartados sobre EpS (Salleras et al, 2008b):

- Por medio de los servicios médicos sanitarios en la escuela. Es el conjunto de experiencias educativas derivadas del contacto de los alumnos con el personal y servicios sanitarios de la escuela.
- Mediante la vida sana en la escuela. Son las experiencias educativas derivadas del contacto del alumno con un medio ambiente escolar sano y de la práctica de una vida sana en la escuela.
- Mediante las relaciones entre la escuela, la familia y la comunidad. Si existe una estrecha relación entre la familia, la escuela y la comunidad, el escolar puede beneficiarse en el hogar de las experiencias educativas derivadas de los contactos de la familia, en especial de la madre, con los maestros y personal sanitario de la escuela.
- Mediante la enseñanza de la salud en la escuela. Es la educación derivada del aprendizaje de conocimientos, actitudes y hábitos de salud en forma de enseñanza formal de la salud.

La influencia de la educación recibida por los escolares en los centros educativos es determinante en la adquisición y/o modificación de los hábitos diarios que determinan el carácter más o menos saludable del estilo de vida. Las primeras etapas de incorporación de los escolares a la enseñanza obligatoria son fundamentales en la creación de hábitos alimenticios, higiénicos, conductas que se afianzan a lo largo de la enseñanza de primaria y secundaria, de forma que la adolescencia es la etapa donde se consolidan los hábitos adquiridos, perdurando normalmente estas conductas en el periodo adulto (Davó et al, 2008).

Para los escolares, la EpS, debe ser percibida como un elemento más en el quehacer cotidiano de la escuela. Si la EpS se lleva a la escuela de manera global e integrada en el currículum, afectará a toda la población escolar a lo largo del período de escolaridad obligatoria, período suficientemente largo para que la acción educativa, haya generado conductas óptimas referidas al patrón salud (Gómez, 2005; Perea, 2009; ISA, 2016).

Las autoridades políticas educativas reconocen la importancia de la EpS, sin embargo aún no se ha establecido de forma sistemática y obligada en los currículos educativos y no se ha invertido lo suficiente considerando su efectividad en la salud de la sociedad. En el marco educativo y tras la reforma que se implantó con la LOGSE (Ley de

Ordenación General del Sistema Educativo) (Ley Orgánica 1/1990), se estableció definitivamente el deber de introducir los contenidos y objetivos de salud en todos los niveles educativos (Perea, 2009). Con la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE, 2013) este planteamiento educativo, que empezó tímidamente la LOGSE (1990), convierte a la escuela en un entorno desde el que se puede promover la salud. De todas maneras, quedan muchos avances que hacer, porque plantear una educación saludable dentro del contexto escolar supone un gran paso en relación con la Promoción de la Salud, pero para trasladar la intención a la práctica es necesario contar no sólo con el marco legal y la propia Administración, sino también con la colaboración de los docentes y de la comunidad educativa (LOMCE, 2013; Bayona, 2013).

Integrar la EpS en la escuela no supone crear una asignatura más, sino incluirla en el currículo como tema transversal y no como materia específica e independiente (Davó y Ruiz, 2001; Barrio et al, 2008; Perea, 2009; Cholevas y Loucaides, 2011).

Lo que se requiere es un cambio en la forma de ver la salud y la educación; un cambio en la forma de operar, alinear e integrar la salud en la escuela y en el entorno de la comunidad (Pommier et al, 2011; Cheng y Wong, 2015). El cambio mayor debe estar en cómo la salud es vista por la educación. Ya que salud y educación deben trabajar en conjunto, al igual que la escuela y la comunidad trabajan juntos para establecer un entorno seguro y rico en recursos relacionados con objetivos comunes y estrategias alineadas (Valois, 2011). Bajo la idea de que las escuelas, además del fomento de la salud en su comunidad educativa, pueden promover transformaciones dirigidas a la mejora de una salud social, es por lo que surge el concepto de Escuela Promotora de Salud. Este concepto, como tal, surge a finales de los años 80 del siglo XX, de forma paralela en Norte América y en Europa. Propone que la intervención de salud escolar, además de influir en el currículo escolar, tenga en cuenta el ambiente físico y social de la población infantil, las políticas de salud en colaboración con los servicios escolares y la repercusión en toda la comunidad educativa (Gavidia, 2001; Talavera y Gavidia, 2007 y 2013; Fuentes, 2011; Ramos et al, 2013).

La salud de los jóvenes está fuertemente vinculada con su éxito académico, y el éxito académico de los jóvenes está estrechamente relacionado con su salud. Por lo tanto, ayudar a los escolares a mantenerse saludables es una tarea fundamental de la misión de las escuelas (Rajmil, 2004). Las escuelas no pueden lograr su misión principal de educar si los escolares y el personal no gozan de buena salud. Las políticas y los Programas de

Salud Escolar pueden ser uno de los medios más eficaces para prevenir o reducir los comportamientos de riesgo y evitar problemas de salud graves, así como pueden ayudar a solucionar la brecha existente en los logros educativos (Centros para el control y la prevención de Enfermedades, 2014).

A partir de los 9 años y hasta los 12 el niño pasa por una etapa de “madurez infantil”. Este momento se caracteriza por la subjetividad, tanto de las funciones intelectuales, como de las afectivas. Dentro de esta etapa, el niño y la niña van a enfrentarse con el mundo, con la realidad y va a adaptar su comportamiento a las condiciones de este mundo exterior (Parra et al, 2003; Morales, 2008; García-Retamero y López-Zafra, 2008; Sánchez et al, 2011; Kindsein, 2013; Rebollo, 2013; Género, 2014; Montero, 2016). Es un momento de cierto equilibrio que se romperá definitivamente con la llegada de la pubertad (Ramos et al, 1998; Gómez, 2005; Azofeifa, 2006; Moreno-Martínez et al, 2015).

Así pues, la segunda infancia, se constituye, en un período de adaptación donde el aprendizaje parece ser más decisivo que la maduración en la determinación de los caracteres psicológicos del niño, se produce una verdadera socialización a nivel secundario, es decir, fuera de la familia y, sobre todo, con sus iguales. Se compromete con su situación escolar, adaptándose a nuevos grupos a partir del primer grupo de socialización que es la familia. Pasa a crear en relación con sus compañeros, normas que rigen su comportamiento. Aquí juega un papel muy importante la escuela en el sentido de que le integra como miembro de un grupo distinto del familiar, debiendo adaptarse a una disciplina igual para todos, necesaria para el funcionamiento social, cívico, de convivencia, de trabajo, de respeto, en el centro (Gómez, 2005; Ministerio de Educación, 2011; Silió, 2011).

En cuanto a la afectividad, tenderá a desarrollar y potenciar al máximo su yo. Cuenta con una inteligencia adecuada para proponerse y alcanzar fines. Este hecho, significa, que tiene una idea clara de los objetivos que desea alcanzar y, por tanto, pondrá los medios a su alcance para conseguirlos.

Los adultos deben comprender que el niño debe ir progresivamente haciendo uso de dicha condición humana, y al mismo tiempo, irse constituyendo en un ser autónomo e independiente (Gómez, 2005).

Estas edades se incluyen todavía dentro del periodo denominado segunda infancia o de “madurez infantil”, si bien, a partir de los 11-12 años entramos ya en la fase prepuberal. Algunos niños van a sufrir ya cambios biológicos y también psicológicos propios de la adolescencia, por lo que hemos de tener muy presente, en estos dos cursos, las diferencias individuales de cada niño, pues no todos maduran al mismo tiempo, ni en sus cambios puberales, ni en su forma de entender la realidad (Parra et al, 2003) .

Para llevar a cabo las actividades de EpS, se dispone de una serie de métodos y medios que se clasifican de la siguiente forma (OMS, 1983; Sánchez-Martos, 2004, Salleras et al, 2008b; Orozco, 2014):

Los métodos directos son aquellos a través de los cuales se establece un contacto directo entre el educador y la comunidad, utilizando la palabra hablada como medio fundamental más efectivo, aunque sea aconsejable la ayuda de los medios audiovisuales como verdaderos medios auxiliares. Se usan en la información y EpS de individuos y grupos. Incluyen las siguientes técnicas educativas.

- Diálogo
- Clase
- Charla
- Discusión en grupo
- Consejo del profesional sanitario

Los métodos indirectos utilizan el lenguaje hablado o escrito, o incluso la imagen, pero interponiendo una serie de medios técnicos entre el educador y la población diana objeto del programa. Se usan en la información y ES de grupos y colectividades. Incluyen las siguientes técnicas educativas:

1. Medios Visuales
 - Carteles o murales
 - Folletos y publicaciones
 - Cartas circulares
 - Prensa
2. Medios Sonoros
 - Radio
 - Grabaciones

3. Medios Mixtos Audiovisuales

- Cine
- Video
- Televisión
- Montajes audiovisuales y multimedia
- Internet

Dentro de los métodos directos se desarrolla la charla, que es el medio utilizado en las actividades de EpS, que tienen lugar dentro del PSEP.

La charla educativa es el procedimiento directo de EpS más utilizado en nuestro medio para dirigirse a grupos.

La charla y la conferencia son procedimientos didácticos muy semejantes. La charla está dirigida a profanos (Sánchez-Martos, 2004; Salleras et al, 2008b), y es menos protocolaria que la conferencia, por lo que permite un mayor acercamiento del que habla con el auditorio. Las charlas se suelen dirigir a grupos sociales organizados de la comunidad (asociaciones de padres, de vecinos, entidades cívicas o culturales, etc.). Implica un intercambio de información, donde se debe avanzar hacia orientaciones específicas de tipo educativo y pedagógico, que posibiliten la participación activa y favorezcan el afrontamiento de la condición de salud (Martín et al, 2013).

En la planificación y realización de las charlas deben tenerse muy presentes los siguientes puntos, para que la acción educativa sea eficaz (Salleras et al, 2008b):

- La charla debe ser promocionada por el propio grupo social al que va dirigida a través de sus líderes. Si la charla se promueve desde un organismo oficial, sin contar con los líderes de la comunidad, difícilmente tendrá éxito. Además, sin su apoyo los mensajes transmitidos no serán aceptados.
- El orador elegido debe ser conocedor del tema, pero, al mismo tiempo, debe gozar de reconocido prestigio en la comunidad. El sanitario que trabaja a nivel primario reúne ambos requisitos, por lo que es el orador ideal para los grupos sociales de la comunidad a la que sirve. También lo son el médico escolar para las charlas dirigidas a las asociaciones de padres de los colegios en los que se desarrolla su labor y el médico de empresa para las efectuadas en la fábrica en la que trabaja.

- El tema elegido debe responder a los deseos, necesidades e intereses del auditorio.
- Las condiciones ambientales deben ser óptimas, debe ser un espacio cómodo y agradable y de buenas condiciones acústicas y de climatización. La disposición de la sala debe procurar el máximo acercamiento del educador con el grupo. Si no se dispone de local adecuado, es mejor posponer la charla, ya que la gente no atiende si las condiciones ambientales no son óptimas.
- En el desarrollo de la charla es preciso tener en cuenta una serie de consideraciones técnicas. La charla debe ser breve, nunca debe exceder de tres cuartos de hora y lo ideal es que no sobrepase la media hora. Es preciso utilizar un lenguaje adaptado a la mentalidad y cultura de los oyentes. La exposición comenzará con una introducción que despierte el interés, continuará con una serie de ideas concretas, expuestas de modo sencillo y preciso, y concluirá con un resumen final de lo dicho que estimule la discusión.

Es aconsejable la utilización de ayudas audiovisuales para clarificar y fijar ideas. Al final de la charla, hay que conceder siempre un tiempo destinado al diálogo o coloquio. La charla debe ser hablada y no leída, ya que la lectura no permite el contacto con el público ni la apreciación de sus reacciones. El orador debe identificarse totalmente con su auditorio y mantener permanentemente su atención.

Es importante efectuar una evaluación final de la charla: características y adecuación del local, número de personas asistentes, interés y atención del auditorio, preguntas más interesantes efectuadas por los asistentes. Estos aspectos son de especial interés para tenerlos en cuenta en charlas posteriores.

- Cuando un mismo tema va a ser desarrollado por diferentes oradores, es muy importante unificar los criterios y la exposición de los conceptos.

3.8.DISEÑO DE ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Las actividades son las acciones que nos llevan a la consecución de los objetivos previstos, ya sea de forma individual o colectivamente. El diseño de actividades de enseñanza y aprendizaje constituye uno de los factores de mayor relevancia en la actuación del educador (Carrera, 2006; Reverter-Masía et al, 2012; Ramos et al, 2016c). Hay que

tener en cuenta que tienen dos elementos principales: siempre implican una actividad por parte del escolar y siempre deben de tener un objetivo. Los criterios para el diseño de actividades que facilitan la participación del escolar son los siguientes (Piña, 2004; Alfaro et al, 2006):

- Desarrollo de los distintos tipos de contenidos del área de una manera interrelacionada. El sanitario debe tener clara la idea de que todos los tipos de contenidos deben estar presentes, de alguna forma, en las actividades que se proponen; en base a ello podrá, de forma habitual, resaltar las relaciones entre ellos, así como destacar un determinado tipo de contenido, en una tarea determinada.
- Disfrutar aprendiendo. La reflexión con el alumno sobre la adecuación de dichas actividades para lograr aprendizajes funcionales y el fomento de la motivación serán requisitos de las mismas. El carácter reflexivo de estas actividades permitirá que el alumno comprenda principios generales de actuación que podrá, posteriormente, utilizar en la resolución de problemas habituales que se le planteen.
- Familiarización del escolar con su entorno, llevará a la adquisición de un sentimiento de seguridad, basado en el conocimiento de los espacios y materiales, en las normas para su uso adecuado y de prevención. Estas actividades serán empleadas para promover una imagen positiva de las propias posibilidades de los escolares.
- Conocimientos previos del alumno. El escolar, apoyándose en sus conocimientos previos, puede construir un nuevo aprendizaje. Son un puente hacia el nuevo conocimiento.
- Apreciación de su grado inicial de competencia en los contenidos. Al mismo tiempo el alumno debe apreciar sus necesidades, ello lleva implícito, en muchos casos, el replanteamiento de los propios conocimientos y como consecuencia rectificaciones en los mismos que deberán ser razonados por el propio alumno.
- Regulación del ritmo de ejecución y aprendizaje propio de cada alumno. La intensidad de las actividades se adaptará a las diferencias individuales, procurando que cada escolar pueda establecer su reto personal, de tal manera que constituyan un nivel de trabajo adecuado para adquirir una posibilidad de

progreso, sin que implique riesgos para la salud. La actitud de responsabilizarse de su propio aprendizaje se fomentará en el alumno a través de actividades que promuevan la atención a diferentes ritmos.

- Coherencia interna, en numerosos casos, vendrá dada por la creciente y progresiva complejidad de las actividades y su marcada orientación hacia un objetivo claro y definido. La idea de programación, entendida como sucesivos pasos que se deben seguir para la consecución de una meta, será puesta en común con el alumno, para que pueda apreciarla y, más tarde, la ponga en práctica de forma autónoma en la preparación de sus propias actividades.
- Abarcar todas las posibles formas de agrupamiento de los escolares. Existen diversos agrupamientos: individual, pequeño grupo o gran grupo o cualquier otra variable que se adecue a los objetivos que se pretenden conseguir. Sin embargo, se deben promover las actividades en equipo como elemento de socialización, fomento de la participación en una tarea común y en la búsqueda de un aprendizaje cooperativo. Dentro de este último, las actividades propuestas deberían implicar la necesidad de unir los objetivos individuales en el proyecto común del grupo, ya que así se establecerán ricas interrelaciones de enseñanza y aprendizaje entre los miembros del mismo.

Atendiendo a estos criterios de diseño de las actividades, se pueden encontrar diferentes tipos de actividades (Álvarez, 1995):

- Actividades de iniciación o de conocimientos previos: Cumplen una función de evaluación inicial, para constatar el punto de partida del alumnado. Son actividades que permiten indagar sobre el estado de los esquemas previos necesarios para abordar los nuevos aprendizajes. En algunos casos, este tipo de actividades fomentan, por sí mismas, la motivación, que es preciso introducir al inicio de todo proceso; cuando esto no sea así, lógicamente se deben diseñar actividades que cumplan esta función de motivación (actividades de motivación).
- Actividades de desarrollo y aprendizaje: Tienen en cuenta el ritmo de aprendizaje de los diferentes alumnos. Deben garantizar la funcionalidad del aprendizaje desde su propia estructura y organización, situándose en un contexto real de aplicación y con un enfoque global. Conlleva el planteamiento de actividades

alternativas para que los escolares comprueben, en su realización, el progreso obtenido.

- Actividades resumen: El alumno observa al realizarlas el progreso obtenido respecto al punto de partida. Constituyen la primera oportunidad de poner en práctica, de forma global, los nuevos conocimientos adquiridos, constituyendo, por esta razón, una nueva referencia a la funcionalidad de los mismos.
- Actividades de refuerzo o de ampliación: Con el objetivo de afianzar el grado de desarrollo del aprendizaje. Son diseñadas en atención a las características individuales de cada alumno, reforzando a aquellos que más lo necesitan y permitiendo que todos los escolares desarrollen al máximo sus capacidades.
- Actividades de evaluación: Como criterio base, deben situarse en el mismo marco de referencia que las actividades de desarrollo y aprendizaje y deben poseer una coherencia con ellas que debe ser apreciada como tal por el propio alumno. En algunas ocasiones, suponen una selección de algunas actividades resumen del tema, que permiten obtener una información más detallada sobre algunos aspectos básicos de la unidad didáctica. Éstas, en sí mismas, pueden constituir situaciones donde llevar a cabo una evaluación de tipo cualitativo, en base a la observación como técnica de recogida de información. Además, si bien en todas las acciones se debe promover la verbalización y la reflexión del alumno sobre su sentido y finalidad, es en las actividades resumen y en las de evaluación donde, de una manera más global, se puede profundizar en la reflexión que cada alumno hará del propio proceso de enseñanza, de sus avances y de los nuevos caminos que se abren hacia nuevos y más complejos aprendizajes.

3.9.EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El sistema de evaluación es una parte importante del proyecto o programa de EpS. La importancia radica en comprender cómo se integra este aspecto en la estructura central del trabajo de intervención. La investigación evalúa lo nuevo o desconocido. Se investiga para conocer causas y efectos. En el campo de la Promoción de la Salud, la evaluación proporciona información y argumentos tanto para comprender los cambios ocasionados por la acción emprendida como para determinar en qué grado las actividades desarrolladas han sido efectivas y mediante qué procesos se han producido estos cambios.

La evaluación debe ser una herramienta de análisis y mejora de toda la aplicación de la unidad didáctica. Por ello, es fundamental que la evaluación se realice a lo largo de la aplicación, dejando claramente explícito qué elementos se van a evaluar en cada fase y cómo se realizará (Perea, 2004; Lima, 2012).

La evaluación de proyectos y programas en EpS debe ser continua, global e individual. Se puede decir que es continua si tiene en cuenta las características personales y contextuales de los usuarios, valorando junto al resultado o producto final el proceso de aprendizaje, es decir, las actividades que realizan y se han previsto, así como la observación y el seguimiento de dichos procesos. Desde una óptica global se deben tener en cuenta no sólo los conocimientos sino las capacidades y las actitudes de los usuarios, teniendo en cuenta los objetivos generales del proyecto, así como los distintos contenidos del programa (conceptos, procedimientos y actitudes). La evaluación también debe adaptarse a la individualidad del usuario, esto quiere decir que debe estar basada en el conocimiento y en las características psicológicas del destinatario del programa (Perea, 2004; González-Cabrera et al, 2010).

La evaluación es un proceso continuo (Ruiz et al, 2000) con el objetivo de evaluar lo conseguido con el programa de intervención, se utilizarán las pruebas que más se adecuen y que sirvan para evaluar el nivel en el que se encontraba inicialmente el alumnado. En EpS, interesa principalmente evaluar los conocimientos a través de cuestionarios, evaluar actitudes y evaluar los cambios de conductas y comportamientos producidos y orientados hacia la salud. En la mayor parte de las intervenciones clínicas que ejercen los profesionales sanitarios, sólo se realizan evaluaciones de proceso, y de resultados. En cambio, en el contexto de la Promoción y de la EpS, la medida de los cambios atribuibles a la actividad tiene todavía mucho valor, tanto para el sanitario como para la gerencia. Esto indica que los procesos que inducen al cambio todavía no son meridianamente claros para la ciencia, para la opinión pública, y para los financiadores, y que, en definitiva, todavía se consideran todos esos procesos una innovación cuyo valor está por demostrar (Díez, 2004). La evaluación permite saber hasta qué punto funciona la intervención, saber por dónde falla o los componentes que se pueden mejorar, dejar constancia escrita sobre los efectos al financiador, aumentar el conocimiento en general si se presenta en congresos o se publica y satisfacción del equipo que desarrolla la actividad (Díez, 2004; Escribano et al, 2015).

El propio diseño de la intervención incluye los parámetros a evaluar y prevé la forma de hacerlo. Se identifican varios tipos de evaluación (Organización Panamericana de la Salud, 1990; Díez, 2004).

- Evaluación formativa, es inhabitual en la administración pública y, en cambio, de uso mayoritario en la empresa privada. Pretende medir los puntos fuertes y débiles del material o componentes de la intervención antes de la implementación. Se trata de buscar el rango de opiniones sobre la propuesta de material (folleto, anuncio, fotonovela, opúsculo...), de forma no representativa, mediante una muestra pequeña, de 25 a 75 personas. Indaga sobre lo que entiende el lector (comprensión), hasta qué punto es atractivo, si hay algo que moleste, si aprende algo nuevo y si le persuade. Los resultados permiten superar los propios juicios, los de los diseñadores profesionales y los de los gestores que lo financian. Se hace, al final, lo que los interesados prefieren.
- Evaluación de proceso, examina la cantidad y calidad de dosis recibida por la población diana. Como en el resto de tipos de evaluación, la austeridad en la elección de indicadores es básica. Más indicadores no es mejor, sino peor. Los indicadores de proceso valoran: la proporción alcanzada de la población diana (cobertura), la proporción de componentes del programa que recibe cada participante, la satisfacción de los participantes y la fidelidad a lo programado. En la evaluación de proceso es básica la referencia a un denominador. No sirve decir 17 asistentes, sino 17 asistentes sobre 265 a los que se lo ofrecimos. Es muy informativa la distribución porcentual de personas que han participado.
- Evaluación de resultados, pretende medir los cambios en la población diana ocurridos por nuestra causa. Y aquí hay dos frentes: qué se mide (conductas, cambios organizativos, conocimientos, observaciones, habilidades, etc.) y cómo se mide (diseño evaluativo e instrumento). Lo que se mide viene determinado por los objetivos generales y operativos del programa. Estos son los resultados básicos del programa y permiten tomar decisiones. Obviamente, dependiendo de los recursos disponibles, a mayor especificación de la consecución de los subobjetivos, más información sobre la eficacia del programa. Otra cuestión fundamental es el diseño evaluativo. Un diseño en el que sólo se mide lo que

pasa después de la intervención es francamente débil y es difícil incluso para el investigador extraer conclusiones. En general se adoptan diseños pre-post, que miden variables antes y después de la intervención, tanto entre los participantes como por medio de encuestas poblacionales. Si bien son bastante informativos y fáciles de llevar a cabo, presentan una debilidad asociada a esta pregunta: ¿hubiera ocurrido lo mismo sin nuestra intervención? Los diseños con grupo control protegen de esta limitación.

- Evaluación del impacto, es la evaluación más global. Es deseable porque muestra los resultados a largo plazo, y los cambios en salud, sociales, económicos u otros derivados de la intervención. Sin embargo, se puede llevar a cabo muy pocas veces, porque es costosa en tiempo y dinero, y lo hacen organismos internacionales, administraciones o universidades.

Según Perea (2004), para llevar a cabo la evaluación de los programas de EpS, se distinguen varias técnicas:

- Técnicas discursivas (orales): entrevista, intercambios orales en grupo, debates y asambleas.
- Técnicas narrativas: diarios, viñetas narrativas.
- Técnicas de representación gráfica: mapas conceptuales.
- Técnicas de observación: registros anecdóticos, listas de control, técnicas proyectivas y análisis de trabajos.
- Encuestas para medir la satisfacción.
- Escalas de actitudes: escalas tipo Likert, escalas de distancia social, diferencial semántico.
- Pruebas objetivas.

La información recogida a través de la observación u otras técnicas debe ser interpretada utilizando diferentes marcos, que proporcionan un conjunto de filtros para comprender dicha información. Los datos obtenidos de diferentes fuentes y momentos deben ser procesados para posibilitar un juicio acertado sobre el grupo y sus componentes. Los resultados e informes de la evaluación de programas de intervención en EpS deben ser comunicados y consecuentemente, utilizados por los agentes sociales. El informe debe

tener carácter de retroalimentación, se trata de detectar los errores y aciertos para que sean tenidos en cuenta en el futuro, esto implica: interpretación y síntesis de los datos recogidos, puntos sugerentes para reflexionar, elaborar el informe de investigación, constatar mejoras y cambios y orientar un nuevo proyecto y programa. La evaluación de un programa sirve de aprendizaje permanente al aportar elementos de retroalimentación que nos permitan evitar, en próximas ocasiones, los fallos y las lagunas detectadas en la intervención. La evaluación de EpS vinculada a la intervención o mejora de la realidad, constituye el mejor camino para la prevención.

3.9.1. Diseños evaluativos en salud pública: aspectos metodológicos

La evaluación de las intervenciones de salud pública, en la cual rara vez es posible la aleatorización de individuos y habitualmente intervienen múltiples factores, implica numerosos retos metodológicos. Para afrontarlos hay que tener en cuenta determinados aspectos, como la elección de un diseño evaluativo apropiado y la realización de un análisis estadístico que considere los posibles confusores (López et al, 2011; Montero et al, 2015).

Los métodos hacen referencia a todo el proceso de investigación, adoptando cada uno de ellos una estrategia general que condiciona las posibilidades de desarrollo de cada una de sus etapas. El diseño se deriva del método empleado y se sitúa entre los métodos y las técnicas. El diseño de investigación establece el procedimiento concreto de obtención de datos. Mientras que las técnicas constituyen los procedimientos específicos para llevar a cabo diferentes etapas particulares de la aplicación de los métodos. De esta manera se habla de técnicas de documentación, de técnicas de muestreo, técnicas de recogida de datos y técnicas de análisis de datos. El término metodología se refiere al estudio del método (Alaminos y Castejón, 2006; Asti, 2015).

Existen dos formas de conceptualizar el término encuesta:

- a) La encuesta como instrumento de recogida de datos
- b) La encuesta como un método de investigación

En el primer caso, la encuesta se considera un procedimiento más de recogida de datos, como los cuestionarios, las entrevistas, las escalas de opinión, los inventarios, etc., y forma parte de la fase de recogida de datos dentro de un método más amplio de

investigación, tal como el método experimental, cuasiexperimental o correlacional. En este caso, el término encuesta es sinónimo de cuestionario o entrevista (Alaminos y Castejón, 2006; González et al, 2009;).

En el segundo caso, la encuesta se considera una estrategia de investigación, un procedimiento que implica un proceso completo de investigación, que abarca la formulación del problema, el establecimiento de los objetivos, la selección de los sujetos y el diseño y análisis de datos. En este segundo caso, el método de encuesta se entiende como una estrategia concreta dentro del método selectivo o correlacional. Según esta segunda conceptualización, se puede definir la metodología de encuestas por dos características fundamentales: una como método no experimental cuya característica principal es la recogida de información en ausencia de manipulación o intervención por parte del experimentador, utilizando procedimientos de observación o medida consistentes y estandarizados para todos los sujetos, de forma que quede garantizada la comparabilidad de los datos (Alaminos y Castejón, 2006).

3.9.1.1. Estudio cuasi experimental antes-después sin grupo control

Los diseños cuasi-experimentales, principales instrumentos de trabajo dentro del ámbito aplicado, son esquemas de investigación no aleatorios. Dada la no aleatorización, no es posible establecer de forma exacta la equivalencia inicial de los grupos, como ocurre en los diseños experimentales (García et al, 2014).

Los diseños cuasi experimentales son una derivación de los estudios experimentales, en los cuales la asignación de los pacientes no es aleatoria aunque el factor de exposición es manipulado por el investigador. Los diseños que carecen de un control experimental absoluto de todas las variables relevantes debido a la falta de aleatorización ya sea en la selección aleatoria de los sujetos o en la asignación de los mismos a los grupos experimental y control, que siempre incluyen una preprueba para comparar la equivalencia entre los grupos, y que no necesariamente poseen dos grupos (el experimental y el control), son conocidos con el nombre de cuasi experimentos. El método cuasiexperimental es particularmente útil para estudiar problemas en los cuales no se puede tener control absoluto de las situaciones, pero se pretende tener el mayor control posible, aún cuando se estén usando grupos ya formados. Es decir, el cuasi experimento se utiliza cuando no es posible realizar la selección aleatoria de los sujetos

participantes en dichos estudios. Por ello, una característica de los cuasi experimentos es el incluir "grupos intactos", es decir, grupos ya constituidos (Hernández, 2012; Bisquerra, 2014; Ramos et al, 2016c).

El diseño cuasi-experimental antes-después o pre-post es uno de los más frecuentes en la evaluación de intervenciones en Salud Pública, utilizado en el ámbito de la evaluación de programas de prevención y Promoción de la Salud. Requiere una o más medidas tomadas antes y después de la intervención en la población intervenida. Al no haber grupo de comparación, el valor obtenido tras la intervención puede compararse con el valor previo a ésta. El cambio entre las medidas tomadas antes y después de la intervención se utiliza como medida del efecto. La principal limitación de este diseño es la dificultad de poder atribuir el efecto observado a la intervención, ya que éste podría deberse a otros factores distintos al programa. Entre las ventajas destaca que consume poco tiempo y recursos, y que permite estimar el efecto de una intervención cuando no disponemos de grupo de comparación. Este diseño es especialmente apropiado cuando la cadena causal entre la intervención del programa y el resultado esperado es directa (no hay muchos factores intermedios), las condiciones medidas son estables a lo largo del tiempo (p. ej., no se ven afectadas por variaciones estacionales) y el periodo analizado es corto. Conviene tener presente que cuanto más tiempo pasa entre las mediciones antes y después de la intervención, mayor es la posibilidad de que otros factores distintos a la intervención hayan intervenido en el efecto encontrado (López et al 2011). Según estos mismos autores, el diseño antes-después (o pre-post) se aplica principalmente, aunque no exclusivamente, en el ámbito de la evaluación de políticas públicas o programas de amplia cobertura, en los cuales encontrar una población similar a la intervenida pero no afectada por la intervención no siempre es posible.

3.10. CUESTIONARIOS

Pueden definirse como procesos estructurados de recogida de información a través de las respuestas a una serie predeterminada de preguntas. Estructurado significa que a todos los participantes se les formulan las mismas preguntas, de la misma forma y en la misma secuencia (Argimon y Jiménez, 2007; Coheña, 2012). Su finalidad es conseguir la máxima homogeneidad de la información, permitiendo formular las mismas preguntas a todos los participantes, de la misma forma y en la misma secuencia (Martín y Cano, 2008; INEGI, 2013).

Son utilizados para la recogida de información, diseñado para poder cuantificar y universalizar esta información (Martín, 2004).

Son un listado de preguntas idénticas para todos los encuestados que debería colocar a todos los encuestados en idéntica situación psicológica y debe estandarizar la obtención de datos, para así hacerlos comparables.

El lenguaje usado debe ser conocido, si un término puede ser equívocamente entendido, debe sustituirse, o explicarse brevemente en el enunciado. Si se dirige a grupos culturalmente heterogéneos, hay que llegar a un compromiso del lenguaje. No deben usarse términos con excesiva recarga emocional (Martín y Cano, 2008).

El marco de referencia, debe ser compartido por los encuestados, si se teme que no sea así, debe explicarse brevemente.

En cuanto a la motivación del encuestado, puede basarse en la posible influencia que sus respuestas puedan tener de cara al cambio de conducta por parte de los que encargan la encuesta, o de las personas o instituciones de las que trata. Por ello las preguntas deben ser relevantes, de interés. Una pregunta irrelevante puede condicionar la actitud del encuestado hacia el resto de la encuesta.

El cuestionario presenta numerosas ventajas, pero destaca por tener un número de ítems no muy elevado, además de ser fácilmente comprensible por los encuestados y que se pueda responder en un tiempo breve (Martín y Cano, 2008).

La utilización de los cuestionarios es cada vez más frecuente, tanto en el ámbito de la asistencia como en la investigación. El cuestionario es una técnica de recogida de datos que permite llegar a un número importante de participantes, y desde el punto de vista económico es poco costoso y presenta gran facilidad para su análisis (Martín, 2004).

Las preguntas tienen la doble función de preguntar y de motivar. Cada pregunta del cuestionario debe contribuir a la obtención de los datos necesarios para la investigación, aquellas que no aportan ninguno se eliminan (Corral, 2010). Existen dos tipos de preguntas, las cerradas, en las que se especifican de antemano las posibles respuestas y las abiertas, a las que el encuestado responde con sus propias palabras, sin opciones preestablecidas. Es más fácil para el análisis estadístico el trabajo con preguntas cerradas, aunque para aspectos difíciles de prever, o menos definidos, pueden dejarse preguntas abiertas o semicerradas. Según los objetivos del cuestionario, las cerradas son mejores

para clasificar a los individuos, y cuando los temas son bien conocidos por todos, y se prevé que tengan una opinión formada. Las abiertas son mejores para explorar opiniones menos formadas e intentar conocer el marco de referencia de los individuos encuestados. Deben evitarse las preguntas ambiguas, los términos vagos o excesivamente técnicos, las preguntas que se refieran a más de un concepto y las formuladas en forma negativa o no neutra, que sugieren algún tipo de respuesta (INEGI, 2013).

En relación a la secuencia y orden de las preguntas, se propone un diseño en cinco dimensiones, intentando en cada una explorar (García, 1992; Azofra, 2000; Cortés, 2012):

- Familiaridad o no del encuestado con el tema.
- Actitudes espontáneas del sujeto.
- Reacción del interesado a propuestas formuladas en la encuesta.
- Razones por las que da una opinión o actitud.
- Intensidad de las opiniones.

Etapas en la elaboración de un cuestionario (Martín y Cano, 2008; Cortés, 2012):

1. Articular los objetivos con claridad y precisión.
2. Identificar y operativizar las variables.
3. Buscar preguntas ya enunciadas y probadas previamente.
4. Elegir el tipo de cuestionario.
5. Elegir el tipo de preguntas adecuado.
6. Redactar las nuevas preguntas.
7. Definir los códigos, escalas y puntuaciones.
8. Elegir el orden de las preguntas.
9. Diseñar el formato de presentación.
10. Preparar el manual de instrucciones.
11. Entrenar a los encuestadores.
12. Recabar opiniones sobre el borrador del cuestionario.
13. Realizar una prueba piloto.
14. Revisar el cuestionario y el manual de instrucciones.
15. Evaluar la calidad del cuestionario.

Siempre que sea posible, es preferible usar instrumentos validados previamente y que hayan mostrado su utilidad en otros estudios, lo que permitirá comparar los resultados. En cualquier caso, siempre deben utilizarse cuestionarios validados en nuestro entorno. Si no existe uno adecuado, debe construirse y validarse antes de ser empleado, es decir, debe evaluarse su fiabilidad y validez (Martín y Cano, 2008; Puente-Maestu et al, 2016).

La *fiabilidad* es el grado con que un instrumento mide con precisión, sin error. La prueba fundamental de la fiabilidad es la repetibilidad, es decir, la consistencia o estabilidad de la medida de una determinación a la siguiente, denominándose también precisión o reproductibilidad (Sánchez y Echeverry, 2004; Ferrando et al, 2015).

Indica la condición del instrumento de ser fiable, es decir, de ser capaz de ofrecer en su empleo repetido resultados veraces y constantes, en condiciones similares de medición, o lo que es igual, que sea capaz de generar resultados constantes en sucesivas aplicaciones a los mismos sujetos y en situaciones similares (Sánchez y Echeverry, 2004; Ferrando et al, 2015). Se valora a través de la consistencia interna, la estabilidad temporal y la concordancia interobservadores.

La fiabilidad de los procedimientos de medida empleados es muy importante en cualquier estudio de investigación.

La *validez* es el grado en que un instrumento de medida mide aquello que realmente pretende medir o sirve para el propósito para el que ha sido construido. Existen varios tipos de validez y para ello se estudian las denominadas “tres C”, que se refieren a contenido, criterio y constructo (Pérez-gil, 2000; Martín, 2004; Sánchez y Echeverry, 2004; Argibay, 2006; INEGI, 2013; Serrano-Ortega et al, 2015).

3.11. MÉTODO DELPHI

El método Delphi es un procedimiento eficaz (Linstone y Turoff, 1975; Landeta 1994; Landeta, 2002) y sistemático que tiene como objeto la recopilación de opiniones de expertos sobre un tema particular con el fin de incorporar dichos juicios en la configuración de un cuestionario y conseguir un consenso a través de la convergencia de las opiniones de expertos diseminados geográficamente (Bass, 1983; Ludwig, 1997, Cruz, 2006; Cabero et al, 2014; Mérida et al, 2015). Es un método diseñado para la recogida de juicios relativos a una cuestión clave o concepto (Gilson et al, 2009). Consiste, pues, en un proceso de consulta a

expertos para la obtención de opiniones fidedignas acerca de un tema de interés. Las estimaciones de los expertos se realizan en sucesivas rondas, anónimas, al objeto de tratar de conseguir consenso, pero con la máxima autonomía por parte de los participantes. Por lo tanto, la capacidad de predicción del Delphi se basa en la utilización sistemática de un juicio intuitivo emitido por un grupo de expertos. Es una de las técnicas de consenso más utilizadas que permite conocer la opinión de un panel de especialistas en determinado tema, identificar puntos de acuerdo o desacuerdo y plantear conclusiones consensuadas (Landeta, 2002; Engels y Kennedy, 2007; Boulkedid et al, 2011; Sinha et al, 2011; Cabero y Llorente, 2013).

Desde los inicios de su utilización, atribuida a Dalkey y Helmer (1963) en la década de los 50, ha sufrido algunas modificaciones. Inicialmente se partía de un cuestionario abierto sobre un tema concreto que era presentado a expertos con el tema a investigar para que cada uno presentara, de forma anónima, sus aportaciones, aunque actualmente muchos estudios utilizan la versión modificada (Lee, 2009). Su principal novedad consiste en el uso desde la primera ronda de un cuestionario estructurado al que se van adicionando o modificando, si es el caso, las diferentes opiniones de los expertos en las sucesivas rondas hasta completar al menos tres (Linstone y Turoff, 1975; Hsu y Sandford, 2007; García, 2009; Navarro, 2010; Rodríguez et al, 2010).

Por otra parte, este método tiene sus ventajas e inconvenientes (Steinert, 2009; Véliz et al, 2013). En cuanto a estos últimos Bernard (1988) destaca la selección de los ítems iniciales del cuestionario y la selección de los expertos, que Andracnovich (1995) recomendó se hiciera coincidir con el interés de los expertos y el tema de estudio, a fin de que su participación fuera significativa. La no existencia de directrices que marquen el consenso entre los expertos es una de las desventajas, puesto que los resultados dependen de su percepción. El tiempo requerido para completar el cuestionario puede llevar a dar respuestas/opiniones apresuradas. En cuanto a las ventajas podemos citar que permite obtener y participar en el procedimiento de validación a expertos distribuidos geográficamente, cosa que de hacerse de forma presencial costaría mucho más tiempo y dinero (Bravo y Arieta, 2005; Cruz, 2006). Okoli y Pawlowski (2004) manifiestan que la utilización de la técnica Delphi es deseable cuando es difícil o no factible reunir a los expertos participantes, y que una ventaja de este método es que evita la confrontación directa de los expertos. En cuanto a la subjetividad de las respuestas, éstas se verán

avaladas por el análisis de contenidos que se realizará de cada una de las opiniones a fin de evitar esta circunstancia (Blasco et al, 2010; Porcel, 2011).

Son cuatro las características más importantes que se le otorgan (Dalkey et al, 1972): proceso iterativo, el anonimato, la retroalimentación controlada y el consenso estadístico del grupo.

Es un proceso iterativo, dado que los expertos participantes en el proceso deben emitir su opinión o respuestas en más de una ocasión, a través de varias rondas que llevan a estabilizar las opiniones. Con esta secuencia el experto tiene la posibilidad de reflexionar o reconsiderar su opinión, a la luz de los planteamientos propios o de otros expertos. El anonimato viene dado porque los miembros del panel no conocen la identidad de los otros participantes. Esto les permite expresar su opinión y cambiarla sin miedo a ser amonestado por otro miembro; además la influencia personal está anulada. La retroalimentación controlada es posible porque la secuencia de cuestionarios en los que se comunica a los participantes los resultados de la vuelta anterior evitan el ruido semántico, ya que la discusión puede ser reorientada y pueden evitarse sesgos que distorsionen la marcha de la investigación. Por último, el consenso estadístico se consigue porque cada miembro recibe información del grado de acuerdo en que se encuentra con respecto al grupo, pero gracias al anonimato no sabe con respecto a qué sujeto concreto está en distensión, esto ayuda a proteger los sesgos producidos por el pensamiento del grupo, donde la opinión de una persona o minoría prestigiosa puede dictar las decisiones de la mayoría (Martínez, 2003; Galve et al, 2016).

Según Varela-Ruiz et al (2012), la técnica Delphi se lleva a cabo de la siguiente manera:

Definición del problema

Cuando no se tiene una respuesta o consenso sobre un determinado tema, como primer paso se realiza una revisión bibliográfica, segundo, se establece que no existe acuerdo entre investigadores sobre el problema y por último, se construye la pregunta de investigación.

Grupo coordinador

Una vez que se ha identificado un problema que requiera ser tratado por un grupo de expertos, el primer paso es la constitución de un grupo que coordine el proceso. El número de integrantes es variable de dos a cinco personas. Sus funciones son: estudiar y afinar el protocolo de trabajo (selección y reclutamiento de expertos, cronograma, etc.), estudiar y aprobar la lista de expertos, elaborar cuestionarios, favorecer la participación de los expertos, analizar las respuestas de las rondas, preparar los siguientes cuestionarios o preguntas y realizar una retroalimentación oportuna, supervisar la marcha de todo el proceso y en caso necesario proponer y tomar medidas correctoras, interpretar resultados.

El éxito y la obtención del máximo provecho de este método radican en la acertada realización de las múltiples funciones de este grupo coordinador, así como de la labor del grupo de expertos. Una de ellas es el *feedback*, característica básica de la técnica *Delphi* y que sirve como vínculo, que une a los expertos entre sí y con los coordinadores. El grupo de coordinadores controla el fluir de la información, que se conforma con: la información aportada por los expertos, la cual constituye la esencia de la interacción, la proporcionada por el equipo coordinador (hechos relevantes, datos e informes), y la información cuantitativa integrada (mediana e intercuartiles de la ronda anterior). El *feedback* mejora la calidad del producto final, gracias a que pone al servicio de cada uno de los expertos información que antes del proceso, se encontraba en el conocimiento de uno o varios de los miembros del grupo.

Grupo de expertos

Los expertos asumen la responsabilidad de emitir juicios y opiniones, que son las que constituyen el eje del método. Los criterios para su selección dependiendo de la naturaleza del tema y el propósito del estudio varían. Inicialmente, se entendía como expertos a aquellas personas con un amplio conocimiento y experiencia en la materia, cuyas predicciones podían ser así bastante acertadas. En la actualidad, y debido en parte a la utilización de esta técnica en contextos muy diversos en los que se precisa conocer el punto de vista de otros colectivos, como es el caso de la evaluación de programas, este término amplió sus límites (Landeta, 1999). De tal manera, que en ocasiones se seleccionan expertos desde un enfoque tradicional (médicos especialistas o subespecialistas), considerando: nivel de conocimiento, experiencia, publicaciones y prestigio en su campo.

En otras situaciones, el experto es quien está afectado por una situación (por ejemplo, pacientes de una clínica), que no tienen conocimientos superiores a lo normal y solamente forman parte de un colectivo sobre el que se aplicará la decisión del estudio. También el grupo de expertos puede ser un conjunto de individuos con capacidad para clarificar, sintetizar o estimular y que no pertenecen a ninguna de las dos categorías anteriores (profesor y/o estudiante de medicina con creatividad y motivación frente al problema del estudio). Powell señala que los aspectos clave de la técnica son el número y la calidad de los expertos participantes (Powell, 2002 y 2003; Romero y Salicetti, 2011).

El número de expertos también depende de los objetivos y presupuesto de cada estudio. Ruiz e Ispuzua (1989) señalan entre los diez y los treinta componentes. Otros autores (Landeta, 1999) apuntan que no es recomendable, por cuestiones de operatividad, que supere los cincuenta. Entendemos que el número de miembros del panel depende de los objetivos y las condiciones en que se desenvuelve cada estudio, debiendo ser lo suficientemente amplio para permitir la diversidad de opiniones (Fernández-Ballesteros, 1995) pero haciendo factible el propio proceso, por lo que no existe un número idóneo de participantes; este ha de adecuarse a cada situación específica de investigación (Martínez, 2003). En general, se considera que no deben ser menos de siete expertos y el máximo se considera alrededor de 30. Para evitar el abandono de expertos desde la primera comunicación con ellos, se debe incluir información escrita sobre los objetivos del estudio, los pasos del método, el número de cuestionarios o preguntas, el tiempo para contestarlos, la duración del proceso, la potencial utilidad de los resultados y el beneficio, que obtienen al participar. Independientemente del medio que se utilice para llevarla a cabo (teléfono, electrónico, correo o personal).

Una vez identificado el problema, construido el primer cuestionario por el grupo coordinador y teniendo el grupo de expertos, se siguen las etapas que se muestran a continuación en la figura 7 (Yañez y Cuadra, 2008; Riaño y Palomino, 2015; Yañez et al, 2016):

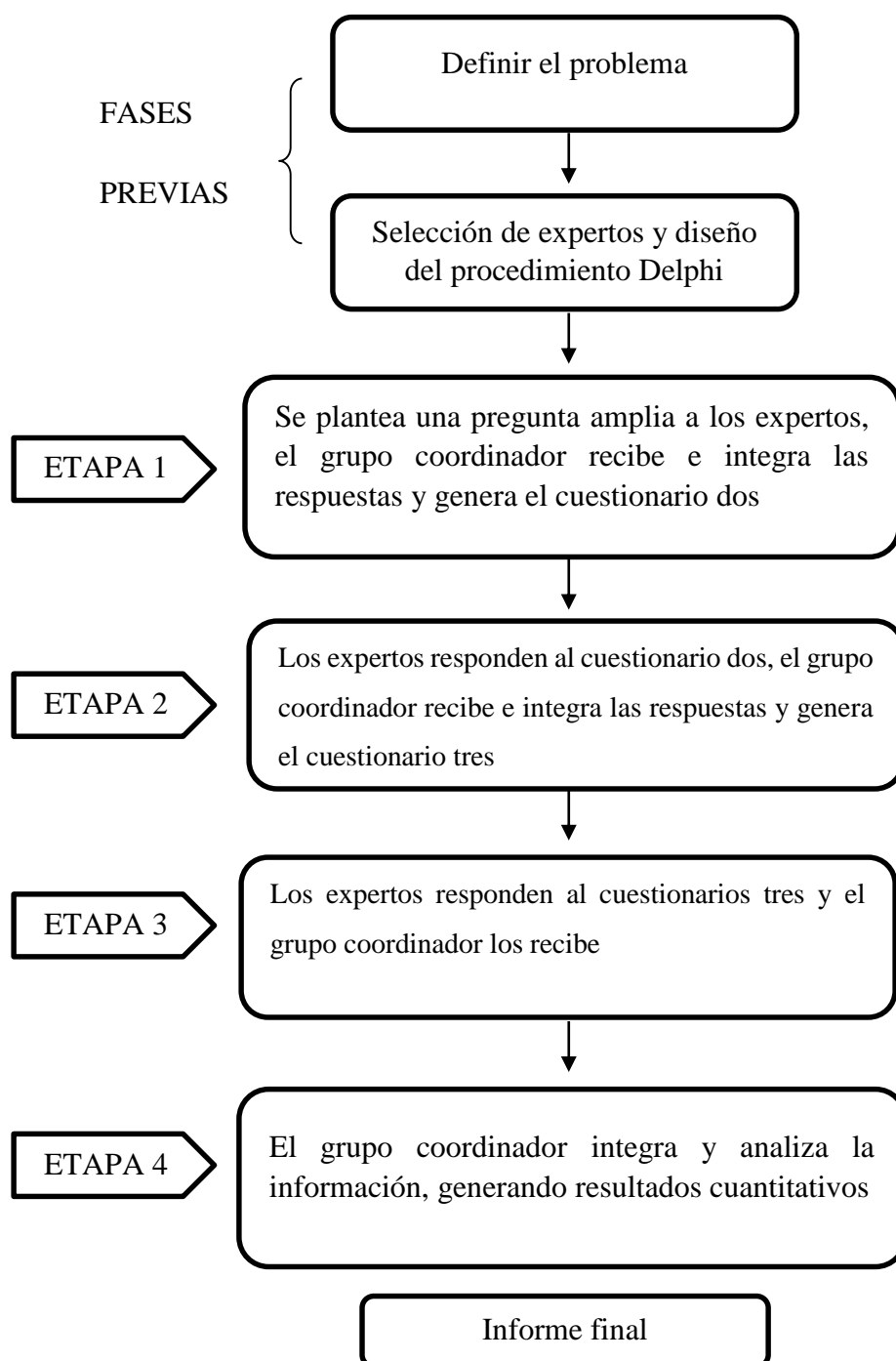


Figura 7. Etapas básicas de la técnica Delphi

(Fuente: modificado de Varela-Ruiz et al, 2012)

Etapas

De inicio se realiza una pregunta abierta, como ventajas, causas, principios, problemas. La pregunta se responde por los expertos y se envía al grupo coordinador. Existen diferentes medios para circular las preguntas (reuniones presenciales, correo postal o nuevas tecnologías de información y comunicación). Dado el desarrollo actual

de las comunicaciones, es frecuente que los cuestionarios se administren por correo electrónico o fax, teniendo estos medios como ventaja su rapidez, especialmente cuando los expertos son internacionales (Varela- Ruiz et al, 2012).

Etapas 2

Con las respuestas iniciales se elaboran los reactivos, para que los expertos puedan valorarlos, jerarquizarlos o compararlos. Las preguntas que se presentan a los expertos deben ser claras, precisas y cuidando de no inducir respuestas. Se realiza además, previo a su envío, un estudio piloto con un grupo de terceros para verificar la claridad de las mismas.

Siempre se tiene que contar con reactivos de respuesta cerrada, para obtener resultados objetivos integrados numéricamente. Con estos reactivos se solicita a los expertos una de las siguientes acciones (Yañez et al, 2016):

- a. Jerarquizarlos, con indicaciones precisas, por orden de importancia en relación con la situación del estudio.
- b. Valorarlos ofreciendo puntuaciones de acuerdo a una escala definida.

Ejemplo de indicaciones: *De las siguientes medidas, para mejorar la consulta del primer nivel de atención valore de 0 a 5, siendo 0 = muy negativa y 5 = muy positiva.*

- c. Compararlos en forma de pares de acuerdo al criterio establecido.
- d. Estimaciones cuantitativas ("¿Cuál será el porcentaje de pacientes de la tercera edad que se atenderán en...?").

Etapas 3

Las respuestas de los expertos recibidas individualmente deben ser integradas, ya sea para la retroalimentación o *feedback* de las fases intermedias o para la presentación de resultados finales. Para el tratamiento de las respuestas, en el caso de la valoración

(usada frecuentemente) se calcula la tendencia central de los valores asignados, a cada reactivo por cada experto y se reordenan en función de los valores medios obtenidos (Yañez y Cuadra, 2008; Varela- Ruiz et al, 2012).

Etapas 4

Por lo general, el criterio práctico para finalizar el proceso, es utilizar dos o tres rondas (de envío y recepción de información), aunque lo más indicado es aplicar el criterio de estabilización. Para ello, un recurso utilizado como medida es la *variación del coeficiente de variación* (v) que consiste en calcular la desviación típica de las respuestas individuales de los expertos, dividida entre la media y prefijar un nivel arbitrario de reducción como referencia para la finalización. Cuando después de dos rondas sucesivas ha disminuido el coeficiente y es menor al nivel prefijado, se determina que se ha alcanzado una estabilidad satisfactoria y se da por terminado el proceso. Otra medida recomendada es la *variación del recorrido intercuartílico relativo* (Landeta, 2002).

Es importante señalar, que tanto en los resultados parciales (de las rondas) como en el resultado final, es conveniente observar cómo varían las respuestas de cada pregunta, como orientación para determinar el número de rondas necesarias. Además, cabe observar que el panel de expertos no tiene por qué comportarse como un todo único, es posible que se formen subgrupos con respuestas características. En este caso un instrumento estadístico utilizado es el coeficiente de correlación de rangos de Spearman, como auxiliar para interpretar las causas que conducen a comportamientos diferenciados entre los expertos (razones geográficas, culturales, profesionales o políticas).

Informe final

En la comunicación de resultados se debe incluir: la descripción del estudio (objetivos, método, cuestionarios), las características del panel de expertos, la manera en que evolucionan las respuestas de los expertos en las distintas rondas, las opiniones mayoritarias, el nivel de consenso alcanzado y aquellas posiciones significativas no mayoritarias. También se incluyen los análisis estadísticos y las conclusiones en torno a los comportamientos diferenciados, en el caso de detectarse subgrupos dentro del panel (Riaño y Palomino, 2015).

3.12. DEMOGRAFÍA DE LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE SEVILLA

Sevilla es un municipio de España, capital de la provincia homónima y de la comunidad autónoma de Andalucía. Cuenta con 693 878 habitantes en 2015, por lo que es la ciudad más poblada de Andalucía, la cuarta de España, después de Madrid, Barcelona y Valencia, y la 31.^a de la Unión Europea. El municipio tiene una extensión de 140,8 km². El área metropolitana de Sevilla está compuesta por 46 municipios, incluye a una población de 1 533 230 habitantes y ocupa una superficie de 4900 km² (INE, 2014; Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2015; SIMA, 2016).

Un distrito central es cada una de las demarcaciones en que se subdivide un territorio o una población para distribuir y ordenar el ejercicio de los derechos civiles y políticos, o de las funciones públicas, o de los servicios administrativos. La división por distrito que se hace de Sevilla da como resultado once unidades censales, entre los que se distribuye la población (Ayuntamiento de Sevilla, 2015a).

A pesar de la tendencia general de la ciudad, a la hora de planificar y equipar los distritos hay que considerar las variaciones demográficas de cada zona. La distribución poblacional no es homogénea y existen grandes diferencias en el proceso de envejecimiento, evolución poblacional, procesos migratorios, movimientos naturales, etc. (Ayuntamiento de Sevilla, 2005).

Sevilla ha participado tradicionalmente de un modelo de ciudad compacta dividida por barrios, donde las relaciones sociales son intensas y donde se agrupan toda clase de servicios. Como buen punto de partida hacia la sostenibilidad se desea potenciar el barrio como “ciudad dentro de la ciudad”, dotándolo de los máximos servicios municipales, comerciales y sociales posibles para minimizar las necesidades de transporte de los ciudadanos; así además, las relaciones sociales se amplifican a causa de la cercanía entre vecinos y potencian su participación ante las inquietudes y reivindicaciones comunes. Para mantener estas unidades territoriales como “pequeñas ciudades autosuficientes” se deben analizar las necesidades poblacionales actuales y futuras de cada una y a partir de este presupuesto cubrir los requerimientos dotacionales (educativos, sanitarios, sociales, etc.) de esa población (SIMA, 2016).

Los actuales once distritos municipales se definen en el año 2005 con el objeto de mejorar su organización, distribución de competencias, prestación de servicios y facilitar el desarrollo de la participación ciudadana (Ayuntamiento de Sevilla, 2005; INE, 2014; Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2015; SIMA, 2016).

A continuación se analizan las variaciones demográficas de los distritos municipales, de la ciudad de Sevilla, que están más relacionados con el PSEP de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla (Ayuntamiento de Sevilla, 2005; INE, 2014; Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2015; SIMA, 2016).

Distrito Casco Antiguo

El distrito del Casco Antiguo abarca el centro histórico de la ciudad y está compuesto por 12 barrios y 51 secciones censales, con una población de 59.277 habitantes (1 de Enero de 2015). La estructura poblacional en este distrito se caracteriza por un ensanchamiento de la población femenina a partir del grupo de edad de 45-50 años, y un estrechamiento de la pirámide para la población más joven de 25. Es el distrito con mayor densidad poblacional y con el menor nivel de población sin estudios.

Este distrito presenta una población envejecida con un crecimiento vegetativo negativo (-1,18). En el análisis de los movimientos de carácter social, se detectan ciertas peculiaridades; en primer lugar, los cambios de domicilio entre distritos fueron los que generaron mayores tasas negativas de movilidad en el distrito, sin embargo, las migraciones actuaron como efecto compensador de las pérdidas de población por cambios de domicilio. Esta migración procede mayoritariamente de países extranjeros seguida de la proveniente del resto de Andalucía. La emigración tiene como destino principal el área metropolitana (37,7% de las emigraciones), representando junto con el resto de la provincia casi el 50% de las bajas por este concepto. La inmigración se sitúa en los estratos de edad más jóvenes lo que supone cierto rejuvenecimiento de la población.

Distrito Macarena

El distrito Macarena se sitúa en la zona norte de la ciudad, y comprende un total de 24 barrios y 67 secciones censales, con una población de 75.427 habitantes (1 de Enero de 2015). La densidad varía mucho entre las zonas más periféricas y las más interiores,

así barrios periféricos como “Valdezorras” o “La Bachillera” presentan valores muy bajos (el mínimo es de 120 habitantes/km²) enfrentados a los máximos de otras zonas como “Santa Justa” o “Villegas” (densidades en torno a los 50.000 habitantes/km²). La pirámide de población muestra una estructura con mayor peso de la población inferior a 30 años, en la que van adquiriendo mayor importancia las edades más avanzadas y en las que la disminución de población en las edades más tempranas se ha suavizado. También destaca la mayor representatividad del sexo masculino en edades inferiores a los 30 años (Junta de Andalucía, 2011).

El distrito Macarena se caracteriza por ser uno de los distritos con mayor población que no posee estudios, cerca del 53% de la población no tiene ningún tipo de formación. El crecimiento vegetativo de la población se sitúa en el 1,15% siendo, sin embargo, los datos ofrecidos por cada uno de los barrios divergente de la media del distrito (Ayuntamiento de Sevilla, 2005).

Como consecuencia de los movimientos sociales de la población (cambios de domicilio y migraciones), se produjo una tasa brutal negativa (-2,97 por mil), siendo la principal causa de este balance negativo la migración. El origen de la mayoría de las inmigraciones es el extranjero, y el destino de las emigraciones sigue siendo, el área metropolitana de Sevilla.

Distrito Nervión

El distrito Nervión se encuentra en la zona más central del entramado urbano de Sevilla, se divide en 8 barrios y 41 secciones, albergando un total de 51.118 habitantes (1 de Enero de 2015). La estructura demográfica está formada en mayor proporción por mujeres que hombres en los tramos de edad superiores a los 30, mientras que en los tramos inferiores predomina el sexo masculino. Los colectivos de personas mayores de 65 y de los menores de 19 se encuentran igualados en número, este hecho junto a la disminución de efectivos de edad temprana y la mayor existencia de una población con edades medio-altas, define una población predominantemente madura, con grupos de población que formarán parte a medio plazo del colectivo de ancianos, y con un escaso reemplazo generacional. Para el conjunto del distrito la disminución de la población ha sido motivada en mayor medida por la migración (-1,64 por mil) que por los cambios de domicilio (-1,46 por mil), siendo la tasa total de migración del 3,1 por mil. Las altas por

migración revelan que el principal origen es el resto de España, seguido del resto de Andalucía (Ayuntamiento de Sevilla, 2005).

4. OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Valorar la efectividad de las actividades de Educación para la Salud, realizadas dentro del Programa de Salud Escolar Podológica de la Universidad de Sevilla, dirigidas a escolares de 5º y 6º de Educación Primaria, de la ciudad de Sevilla.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Diseñar y validar un instrumento que valore los conocimientos y actitudes en salud podológica en escolares.
2. Valorar el grado de conocimientos de los escolares sobre el cuidado de los pies, antes de la actividad educativa.
3. Valorar el grado de conocimiento de los escolares sobre el cuidado de los pies, después de la actividad educativa.
4. Conocer la opinión de los escolares sobre la actividad educativa impartida.
5. Comprobar si existen diferencias en los resultados por sexo, nivel académico y centro educativo.

5. MATERIAL Y MÉTODO

5. MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio cuasi-experimental antes-después sin grupo control a los escolares de 5º y 6º de Educación Primaria.

5.1. Tipo de estudio

Estudio de tipo descriptivo, longitudinal, observacional y retrospectivo (Argimon y Jiménez, 2007; Polit y Hungler, 2000).

- Según su *finalidad*, se trata de un estudio descriptivo, pues los datos son utilizados con finalidades puramente descriptivas.
- Según la *secuencia temporal*, es un estudio longitudinal, pues los datos de cada sujeto se han obtenido en diferentes momentos estableciéndose así una secuencia temporal entre ellos.
- Según el *control de asignación* de los factores de estudio, es observacional, pues el factor de estudio no es controlado por el investigador y no se modifica la naturaleza de las variables.
- Según el *inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos*, es un estudio prospectivo pues su inicio es anterior a los hechos estudiados, de forma que los datos se recogen a medida que van sucediendo.

5.2. Aspectos éticos y legales

Consideramos que nuestro estudio cumple con la normativa aplicable y el diseño de la investigación recoge los principios éticos y legales exigibles en cualquier investigación biomédica contemplados fundamentalmente en el Convenio de Oviedo (Consejo de Europa, 1997) y la Declaración de Helsinki (AMM, 1964).

Se solicitó autorización al Comité de Bioética de los hospitales universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío obteniendo dictamen favorable para llevar a cabo dicho estudio (véase Anexo I).

5.2.1. Solicitud de la autorización

Dentro de lo establecido en el PSEP, ante la dirección de los centros y la Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPA) de los centros elegidos se realizan gestiones y reuniones para presentar el PSEP y solicitarles autorización para llevar a cabo las actividades en su centro.

Nuestra investigación forma parte de la segunda etapa del PSPE, el cual ya estaba autorizado y se estaba ejecutando, por lo que solamente se solicitó la autorización, a la dirección de los centros educativos, para que permitieran pasar los cuestionarios a los escolares de 5º y 6º de primaria (véase Anexo II). Posteriormente la autorización fue concedida (véase Anexo III).

5.2.2. Consentimiento Informado

Previo a la realización del trabajo de campo, se elaboró el consentimiento informado (véase Anexo IV) que fue entregado a los padres/madres/tutores legales de los escolares a través de la dirección del centro educativo junto con una hoja de información sobre la investigación (véase Anexo V).

La confidencialidad de los datos se garantizó en todo momento, siendo la participación de los escolares anónima, cumpliendo con la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999 de 13 de diciembre y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

5.3. Población de estudio

Nuestra investigación se llevó a cabo en escolares de 5º y 6º de Educación Primaria, con edades comprendidas entre 10-12 años, que se encontraban escolarizados en centros educativos de la ciudad de Sevilla, pertenecientes a los distritos municipales Macarena, Casco Antiguo y Nervión, durante el curso académico 2014-2015.

Los centros docentes seleccionados tanto de carácter público, como privado-concertado fueron los siguientes:

1. Centro de Educación Infantil y Primaria Arias Montano (Público)
2. Centro de Educación Infantil y Primaria Blas Infante (Público)
3. Centro de Educación Infantil y Primaria Pío XII (Público)
4. Centro de Educación Infantil y Primaria Borbolla (Público)
5. Colegio Sagrada Familia. Hermanas Carmelitas (Centro Docente Privado-Concertado)
6. Escuelas Salesianas María Auxiliadora. Salesianas San Vicente (Centro Docente Privado-Concertado)
7. Escuelas Profesionales Sagrada Familia. Nuestra Señora de los Reyes (Centro Docente Privado-Concertado)

5.4. Características de la muestra

5.4.1. Tipo de muestreo

El tipo de muestreo es no probabilístico de conveniencia (Argimon y Jiménez, 2007; Polit y Hungler, 2000) ya que se pasaron los cuestionarios a los escolares de 5º y 6º de primaria y los centros educativos se seleccionaron teniendo en cuenta la proximidad geográfica con la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla y en los que nunca se hubiera llevado a cabo el PSEP en cursos anteriores.

5.4.2. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. Escolares de los cursos de 5° y 6° de primaria matriculados en los centros educativos seleccionados.
2. Voluntariedad de los escolares para cumplimentar los cuestionarios.
3. Autorización de la dirección y colaboración por parte de profesores y tutores.
4. Autorización de los padres/familiares o tutores de los escolares.

5.4.3. Criterios de exclusión

1. Escolares sin autorización ni voluntad para participar.
2. Escolares de 5° y 6° de primaria que no estuvieran presentes cuando se pasaron los cuestionarios.
3. Escolares que no cumplimentaron el cuestionario Pre-charla.

5.4.4. Tamaño de la muestra

Al no conocerse la proporción de alumnos con conocimientos en el cuidado del pie, ni la evolución después de la formación impartida, suponemos una proporción de 0.5 (p). Se determina una precisión del 5% y se fija el error α (nivel de significación) en 0.025 para cada cola del intervalo de confianza. Por tanto se precisa un tamaño muestral de al menos 385 sujetos. Los participantes que formaron la muestra final fueron 409 sujetos.

5.5. Construcción y validación de los cuestionarios

Esta etapa se llevó a cabo en tres fases: fase preliminar, fase exploratoria y fase final (véase figura 8), empleándose como método de validación la técnica Delphi. En una primera fase se construyó la versión preliminar de los cuestionarios. Para la elaboración de los ítems se revisaron instrumentos similares disponibles, a través de una búsqueda en bases de datos: Catálogo Fama (US), Pubmed, Scopus, Cinahl, Dialnet, ENFISPO, Google Académico, Medline, Scielo y Teseo. El proceso culminó tras varias sesiones de

trabajo con la obtención de la versión preliminar de dos cuestionarios, uno “pre-charla” y otro “post-charla”.

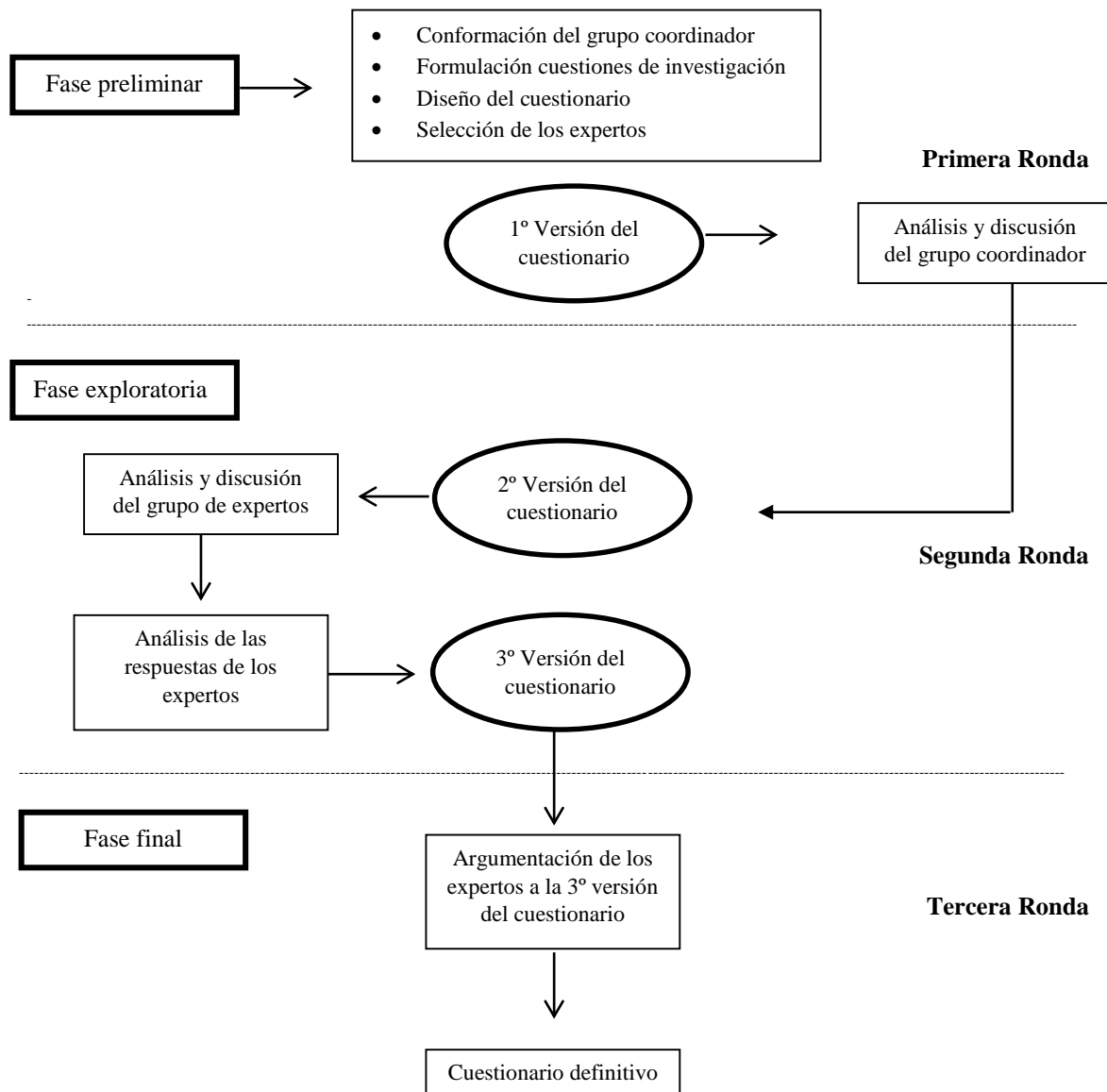


Figura 8: Fases del Método Delphi

(Fuente: propia)

En los cuestionarios se solicitan al inicio datos básicos sobre nombre del centro escolar, curso y sexo. Cada cuestionario se compone de tres partes bien diferenciadas. La primera parte contiene preguntas relacionadas con la figura del podólogo, el pie y sus cuidados, una segunda partes en la que se realizan preguntas sobre las enfermedades del pie y una tercera parte sobre calzado. Ambos cuestionarios se finalizan con preguntas relacionadas con el método educativo.

Se obtuvo finalmente un instrumento pre charla a validar con 19 ítems y uno post charla con 20 ítems.

Una vez construida la versión preliminar de los cuestionarios, el siguiente paso era dotarla de validación de contenido, que serviría además para consolidar el formato definitivo antes de la validación en el entorno escolar. Para ello se utilizó la técnica Delphi ejecutada on-line, por la dificultad de realizar sesiones presenciales.

El grupo coordinador estuvo formado por el investigador junto con dos doctores adscritos al Departamento de Podología de la U.S., este grupo fue el encargado de la selección del grupo de expertos, para lo cual el primer paso fue fijar como criterio fundamental de selección la competencia de los candidatos en el área del conocimiento en que se inserta la investigación sobre la base de su currículo personal.

Se siguieron los siguientes criterios para la selección de los expertos:

- Idoneidad: experiencia clínica, prestigio profesional, representatividad, conocimiento en la materia y actitud científica.
- Heterogeneidad: pertenencia alguno de los campos de la práctica profesional de la disciplina podológica: docencia universitaria, gestión sanitaria y/o práctica clínica, lo que aportaba diferentes enfoques.
- Disponibilidad, posibilidad de colaboración.

Se identificaron 20 posibles candidatos. El contacto con el panel se realizó vía e-mail informando del proyecto, objetivos y resultados que pretendíamos conseguir.

El envío y la recepción del cuestionario se realizó por correo electrónico, el cual estaba conformado por una primera página con una breve introducción al tema de investigación, la explicación clara del objetivo de la investigación, el método que se utilizaba, la fase en que se encontraba el proceso de investigación, las instrucciones para cumplimentar el cuestionario (véase Anexo VI), seguido del correspondiente instrumento para la validación. Este último consta de una escala de respuesta tipo Likert con 5 categorías (véase Anexo VII) (muy adecuado/bastante adecuado/adecuado/poco adecuado/no adecuado), además de una pregunta abierta para recoger las valoraciones cualitativas de cada uno de los expertos acerca de los ítems planteados o la introducción

de alguno nuevo. A los panelistas se les pedía que puntuasen los ítems propuestos, debiendo responder a todos los ítems, no pudiendo dejar ninguno sin valorar. Además de solicitarle información sobre el sexo, la edad, el nivel académico máximo alcanzado y la dedicación profesional actual para de esta forma caracterizar la muestra de panelistas. El plazo máximo que se les dio para responder fue de 10 días.

Se necesitaron tres rondas de validación. La versión inicial del cuestionario se sometió a una primera ronda de validación por el grupo coordinador, lo que arrojó como resultado un grupo de consideraciones de orden cualitativo que favorecieron el ajuste y corrección del mismo, en base a modificaciones ortográficas, de redacción y concordancia para facilitar el buen entendimiento de los ítems.

Una vez modificado el cuestionario a partir de las consideraciones obtenidas como resultado de la primera ronda, se sometió el mismo a una segunda ronda de consulta al grupo de expertos seleccionados, cuyos resultados cuantitativos de las valoraciones realizadas se procesaron mediante análisis estadístico. Las respuestas eran analizadas teniendo en cuenta los siguientes criterios de desestimación/estimación. Para desestimar un ítem: media > 3,5, mediana > 3 y para aceptar un ítem valoraciones altas (1-2) > 70% (Martínez, 2003). Como resultado de esa segunda ronda de validación, se eliminó uno de los ítems, pasando el cuestionario pre-charla a estar compuesto por 18 ítems y el cuestionario post-charla por 19 ítems. El cuestionario resultante se sometió a una tercera ronda de validación por el panel de expertos.

En la tercera ronda catorce de los diecinueve expertos consultados valoraron todos los ítems del cuestionario como muy adecuados, considerando que la estructura de ítems que componen el cuestionario en la forma que están estructurados son suficientes para la investigación, razón por la cual no se hace necesario realizar una nueva ronda.

Tras el análisis de los datos se obtuvo la validación de contenido de los instrumentos. Una vez que los expertos han llegado a un consenso en relación a la validez del contenido del cuestionario a partir de su consulta iterativa aplicando el Método Delphi, el grupo coordinador de la investigación estableció la estructura definitiva.

El cuestionario Pre-charla estaba formado por 18 ítems (véase Anexo VIII) que pertenecían a los siguientes dominios: Dominio I: Conocimiento y figura del Podólogo

(3 ítems), Dominio II: Pie y su cuidado (5 ítems), Dominio III: Enfermedades del pie (3 ítems), Dominio IV: Calzado (5 ítems) y Dominio V: Método de aprendizaje (2 ítems).

El cuestionario Post-charla estaba formado por 19 ítems (Véase Anexo IX) que pertenecían a los siguientes dominios: Dominio I: Conocimiento y figura del Podólogo (3 ítems), Dominio II: Pie y su cuidado (6 ítems), Dominio III: Enfermedades del pie (3 ítems), Dominio IV: Calzado (5 ítems) y Dominio V: Método de aprendizaje (2 ítems).

5.6. Pilotaje de los cuestionarios

Se realizó una prueba piloto para cada uno de los dos instrumentos, con el fin de valorar la comprensión, la aceptabilidad y el tiempo de cumplimentación del cuestionario. Cada cuestionario se aplicó a 26 escolares de 5º y 6º de Educación Primaria del Centro de Educación Infantil y Primaria Blas Infante. La muestra fue seleccionada por conveniencia. Una vez finalizada la fase de pilotaje, se realizaron sugerencias respecto a la dificultad de comprensión de los ítems por parte de los escolares, por lo que se realizaron algunas modificaciones. Se prestó especial atención y cuidado con el formato del cuestionario para que no resultase tedioso, dejando espacios suficientes.

5.7. Variables

5.7.1. Variables del perfil del panelista

En la tabla 3 pueden observarse las variables del perfil del panelista clasificadas según sus definiciones conceptuales y operativas.

VARIABLES DEL PERFIL DEL PANELISTA		
Variables	Definición conceptual	Definición operativa
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina (RAE, 2001)	Cualitativa nominal Categórica policotómica
Edad	Número de años cumplidos en el momento de participación	Cuantitativa discreta
Dedicación profesional actual	Acción y efecto de dedicarse a una profesión o trabajo	Cualitativa nominal Categórica policotómica
Nivel académico máximo alcanzado	Fases secuenciales del sistema de educación superior que agrupan a los distintos niveles de formación, teniendo en cuenta que se realicen antes o después de haber recibido la primera titulación que acredite al graduado para el desempeño y ejercicio de una ocupación o disciplina determinada.	Cualitativa ordinal Categórica policotómica

Tabla 3.- Identificación y definición de las variables del perfil del panelista

5.7.2. Variables del perfil del escolar

En la tabla 4 pueden observarse las variables del perfil del escolar clasificadas según sus definiciones conceptuales y operativas.

VARIABLES DE FILIACIÓN		
Variables	Definición conceptual	Definición operativa
Centro	Lugar dedicado a cultivar o a fomentar determinados estudios e investigaciones (RAE, 2001)	Cualitativa nominal Categórica policotómica
Curso académico	Tiempo señalado en cada año para asistir a oír las lecciones (RAE, 2001)	Cualitativa ordinal Categórica policotómica
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina (RAE, 2001)	Cualitativa nominal Categórica dicotómica

Tabla 4.- Identificación y definición de las variables del perfil del escolar

5.7.3. Variables de los cuestionarios

En la tabla 5 se presentan las variables de los cuestionarios

VARIABLES			
Variables	Definición conceptual	Ítems	Definición operativa
Conocimiento figura del Podólogo	Especialista en Podología (RAE, 2001)	<ul style="list-style-type: none"> – ¿A quién acudirías para resolver un problema en tus pies? – ¿Sabes quién es el Podólogo y a que se dedica? – ¿Has ido alguna vez al Podólogo? (Pre) – ¿Tienes intención de ir al Podólogo? (Post) 	<p>Cualitativa nominal</p> <p>Cualitativa dicotómica</p> <p>Cualitativa nominal (4categorías)</p> <p>Cualitativa nominal (3categorías)</p>
Pie y su cuidado	Extremidad de cualquiera de los dos miembros inferiores del hombre, que sirve para sostener el cuerpo y andar (RAE, 2001)	<ul style="list-style-type: none"> – Señala la imagen que corresponde a un pie con una huella normal – Según la longitud de los dedos hay tres tipos de pies. Coloca cada letra en el dibujo que corresponda (Post) – ¿Has recibido información sobre cómo cuidarte los pies? – ¿Quién te explicó cómo cuidarte los pies? – ¿Necesitas ayuda para cuidarte los pies? – Indícanos tu opinión sobre las siguientes cuestiones 	<p>Cualitativa nominal</p> <p>Cualitativa nominal</p> <p>Cualitativa dicotómica</p> <p>Cualitativa nominal</p> <p>Cualitativa dicotómica</p> <p>Cualitativa ordinal</p>
Enfermedades del pie	Lesiones y enfermedades que pueden causar problemas de salud en los pies	<ul style="list-style-type: none"> – ¿Conoces el nombre de alguna enfermedad en los pies? Indica cuál – ¿Sabes cómo tenemos que sentarnos correctamente? – Indícanos tu opinión sobre las siguientes cuestiones 	<p>Cualitativa dicotómica (sí/no)</p> <p>Cualitativa nominal (indica cuál)</p> <p>Cualitativa dicotómica</p> <p>Cualitativa ordinal</p>
Calzado	Todo género de zapato, borceguí, abarca, alpargata, almadreña, etc., que sirve para cubrir y resguardar el pie. (RAE, 2001)	<ul style="list-style-type: none"> – Señala la imagen que consideres que corresponde a un calzado saludable – Si tuvieras que elegir el calzado, ¿qué criterio seguirías para comprarlo? – ¿Crees que es bueno utilizar el mismo calzado de para diario que para hacer algún deporte? – ¿Consideras que hay que consultar al Podólogo por el 	<p>Cualitativa nominal</p> <p>Cualitativa nominal</p> <p>Cualitativa dicotómica</p> <p>Cualitativa nominal (3categorías)</p>

		tipo de calzado adecuado para practicar un deporte? – Indícanos tu opinión sobre las siguientes cuestiones	Cualitativa ordinal
Método aprendizaje	Método educativo para aprender sobre el cuidado de los pies	– ¿Acudirías a una actividad para aprender sobre el cuidado de los pies? (Pre) – ¿Con que método te gustaría aprender para saber cuidarte los pies? (Pre) – ¿Qué te ha parecido la charla? (Post) – ¿Cuánto has aprendido sobre el cuidado de los pies? (Post)	Cualitativa dicotómica Cualitativa nominal Cualitativa ordinal Cualitativa ordinal

Tabla 5.-Identificación y definición de las variables de los cuestionarios

5.8. Protocolo de actuación

Se ha seguido el siguiente protocolo de actuación:

1. Autorización del Comité de ética de investigaciones biomédicas (Anexo I)
2. Formación del grupo coordinador encargado del diseño inicial de los cuestionarios.
3. Diseño de los cuestionarios para la recogida de datos.
4. Validación del contenido de los cuestionarios por el panel de expertos.
5. Pilotaje de los cuestionarios en 26 escolares de 5º y 6 de Educación Primaria del CEIP Blas Infante (figura 9).



Figura 9. Escolares cumplimentando el cuestionario para el pilotaje

(Fuente: propia)

6. Presentación del PSEP y de intervención educativa/protocolo de investigación a realizar ante la dirección de los centros docentes.
7. Solicitud formal de los permisos para la realización de la investigación (Anexo II).
8. Obtención de las correspondientes autorizaciones por parte de la dirección de los centros docentes (Anexo III).
9. Solicitación a los padres/madres/tutores de los escolares el correspondiente consentimiento informado (Anexo IV).
10. Planificación de las fechas para realizar la intervención educativa con la dirección del centro (véase tabla 6).

Centro/Población diana	Actividad EpS Título	Día y hora Lugar
Alumnos de 5º y 6º Primaria CEIP Blas Infante Sevilla	Charla-coloquio sobre el cuidado de los pies	28.11.2014 13:00 – 14:00 CEIP Blas Infante
Alumnos de 5º y 6º Primaria Colegio HH Carmelitas Sevilla	Charla-coloquio sobre el cuidado de los pies	10.12.2014 13:00 – 14:00 Colegio Carmelitas
Alumnos de 5º y 6º Primaria Colegio SAFA N. Sra. Reyes Sevilla	Charla-coloquio sobre el cuidado de los pies	28.01.2015 13:00 – 14:00 Colegio SAFA
Alumnos de 5º Primaria CEIP Pío XII Sevilla	Charla-coloquio sobre el cuidado de los pies	24.03.2015 09:00 – 10:00 CEIP Pío XII
Alumnos de 6º Primaria CEIP Pío XII Sevilla	Charla-coloquio sobre el cuidado de los pies	24.03.2015 10:00 – 11:00 CEIP Pío XII
Alumnos de 5º Primaria CEIP Arias Montano Sevilla	Charla-coloquio sobre el cuidado de los pies	25.03.2015 09:30 – 10:30 CEIP A. Montano
Alumnos de 6º Primaria CEIP Arias Montano Sevilla	Charla-coloquio sobre el cuidado de los pies	25.03.2015 10:30 – 11:30 CEIP A. Montano
Alumnos de 5º y 6º Primaria CEIP Borbolla Sevilla	Charla-coloquio sobre el cuidado de los pies	14.04.2015 09:00 – 10:00 CEIP Borbolla
Alumnos de 5º y 6º Primaria Colegio Mª Auxiliadora. Salesianas Sevilla	Charla-coloquio sobre el cuidado de los pies	20.05.2015 10:00 – 11:00 Colegio Mª Auxiliadora

Tabla 6.- Programación de actividades de EpS. Curso 2014-2015

11. Recogida de datos pre-charla por la investigadora principal dos semanas antes de realizar la charla-coloquio sobre el cuidado de los pies.
12. Realización de la actividad educativa (figura 10) en cada curso académico y entrega y recogida de cuestionarios post-charla (figura 11).



Figura 10.- Actividad educativa sobre el cuidado de los pies en escolares



Figura 11.- Escolares cumplimentando el cuestionario post-charla

13. Una vez finalizada la recogida de todos los datos, realizamos una revisión de los mismos para poder asegurarnos de que estuvieran completos y de esta manera evitar posibles duplicaciones o errores (figura 12).

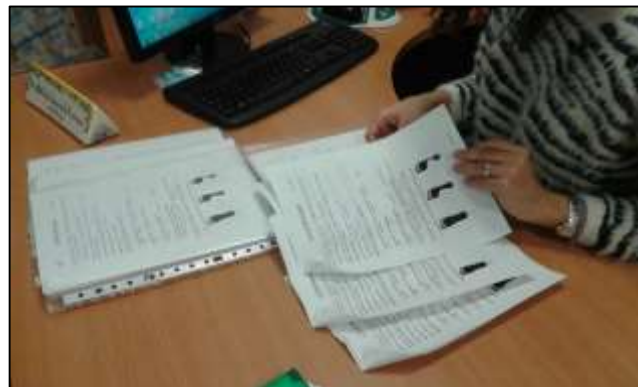


Figura 12.- Investigadora revisando los datos recogidos

14. Realizamos el registro de los datos recogidos en Microsoft Office Excel para su exportación a la aplicación IBM SPSS Statistics 22.
15. Finalmente, se procedió al análisis estadístico de los datos.

5.9. Recogida de datos

La recogida de datos se realizó en dos etapas, una “pre-charla” y otra “post-charla”, con una diferencia de dos semanas entre las dos etapas en cada uno de los centros seleccionados. La recogida se realizó desde Marzo hasta Junio de 2015 en horario escolar. Los cuestionarios “pre-charla” se pasaron dos semanas antes de realizar la intervención educativa (charla-coloquio sobre el cuidado de los pies) y los cuestionarios “post-charla” inmediatamente después de finalizar la charla.

La entrega de los cuestionarios fue llevada a cabo por la investigadora principal, sin que ésta fuera identificada como tal. Esto fue posible en todos los colegios seleccionados, salvo en el CEIP Pío XII donde los cuestionarios “pre-charla”, fueron entregados y recogidos por el profesor de educación física de dicho centro docente, el cual los pasó, en el momento que consideró más conveniente. Los cuestionarios “post-charla” fueron entregados y recogidos por la investigadora principal. Todas estas cuestiones fueron consideradas para evitar posibles sesgos o errores en la recogida de datos. Los datos fueron recogidos por un único examinador con el fin de evitar el posible error interpersonal.

5.10. Recursos Humanos y Materiales

Los recursos que necesitamos en nuestro estudio tanto para la fase preliminar como para la de investigación fueron:

1. Humanos:
 - Investigadora principal
 - Panel de expertos con capacidad investigadora reconocida para la validación de los cuestionarios
 - Técnica en estadística para asesoramiento en el análisis estadístico de los datos
 - Dirección y personal de los centros docentes seleccionados

- Escolares de 5º y 6º curso de Educación Primaria

2. Materiales:

- Ordenador portátil para almacenar todos los datos
- Paquete Microsoft Office
- Paquete estadístico IBM SPSS Statistics V.22
- Instrumentos de recogida de datos (cuestionarios)
- Diversos materiales de oficina y papelería

5.11. Análisis estadístico

El análisis estadístico se ha realizado utilizando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22. Para el análisis descriptivo se han calculado el número de alumnos (N), los valores medios, desviación típica (D.T.), mínimo, máximo y percentiles 25, 50 y 75 (P₂₅, P₅₀ y P₇₅).

En el análisis de datos cualitativos se ha utilizado la prueba chi-cuadrado para ver si existe algún tipo de relación (dependencia) entre las variables, a través de las tablas de contingencia.

Para conocer el tipo de prueba más adecuada para las comparaciones por grupos de las variables cuantitativas según sea el comportamiento de los datos se han realizado las siguientes pruebas:

- Normalidad. Se aplica el test de Shapiro-Wilk o Kolmogorov-Smirnov según sea el tamaño muestral más adecuado.
- Aleatoriedad. Se aplica la prueba de Rachas para una muestra
- Homocedasticidad. Se aplica el test de Levene y contrasta si los grupos tienen la misma varianza.

Si se cumplen los criterios de normalidad y aleatoriedad se considera apropiado aplicar pruebas paramétricas. En este estudio se aplican las siguientes pruebas:

- Prueba T para muestras relacionadas. En este tipo de pruebas se analizan las medidas muestrales antes y después de la formación.

- Prueba T para muestras independientes. Se aplica cuando se comparan dos grupos diferentes. En este estudio se ejecutará cuando se comparen los datos obtenidos por dos grupos. En caso de que no se cumplan los criterios de normalidad, aleatoriedad y homocedasticidad, se aplican pruebas no paramétricas.
- Prueba de Wilcoxon de rangos con signo para muestras relacionadas. Se aplica cuando no se cumplen los criterios paramétricos en la prueba T para muestras relacionadas.
- Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. Se aplica cuando no se cumplen los criterios paramétricos en la prueba T para dos muestras independientes.
- Prueba de Kruskal-Wallis. Compara más de dos muestras independientes que no cumplen los criterios paramétricos.

Se calculan las correlaciones para conocer las relaciones existentes entre las variables **cuantitativas**.

5.12. Fuentes de consulta bibliográficas

Para la realización de nuestro estudio hemos buscado en diversas fuentes bibliográficas constituidas principalmente por Revistas Biomédicas, consultadas en las siguientes Bases de Datos Nacionales e Internacionales: Catálogo Fama (US), Cinahl, Dialnet, ENFISPO, Google Académico, Teseo, Scielo, Medline, Pubmed, Scopus.

La redacción del Informe de Investigación sigue los criterios de las Normas de Uniformidad sobre Manuscritos Biomédicos establecidas, por el Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas en la Convención de Vancouver. Sin embargo, en el texto hemos empleado las Normas de American Psychological Association (APA), pues hemos considerado que de esta manera facilitaba la consulta de autores y año de publicación a medida que íbamos elaborando y redactando nuestro estudio. Con esta medida también pretendemos facilitar la lectura y el análisis posterior a la publicación del Trabajo de Investigación.

6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

6.1. Validación de cuestionarios

6.1.1. Descriptivo del perfil del panelista

El perfil de expertos que participó en el panel fue predominantemente hombre, doctor y con dedicación a la docencia, investigación y actividad asistencial en clínica privada (tabla 7).

		Hombre N (%)	Mujer N (%)
Sexo		14 (73,7)	5 (26,3)
Edad (años)	26-35	2 (10,5)	0 (0,0)
	36-45	9 (47,4)	4 (21,0)
	>45	3 (15,8)	1 (5,3)
Nivel académico	Licenciado/a	1 (5,3)	2 (10,5)
	Doctor/a	13 (68,4)	3 (15,8)
Dedicación profesional	Docencia e investigación	3 (15,8)	2 (10,5)
	Gestión	0 (0,0)	1 (5,3)
	Docencia, investigación y actividad asistencial	7 (36,9)	2 (10,5)
	Docencia, investigación y gestión	4 (21)	0 (0,0)

Tabla 7.- Descriptivo del perfil del panelista

6.1.2. Resultados Método Delphi

6.1.2.1. Cuestionario Pre

En la primera ronda de validación del método Delphi, todos los ítems del cuestionario a excepción del ítem 4 superaron el 50% en la máxima puntuación (muy adecuado) (véase tabla 8).

Ítems	Muy Adecuado N (%)	Bastante adecuado N (%)	Adecuado N (%)	Poco adecuado N (%)
1	16 (84,2)	2 (10,5)	1 (5,3)	
2	18 (94,7)	1 (5,3)		
3	14 (73,7)	3 (15,8)	2 (10,5)	
4	9 (47,4)	7 (36,8)	2 (10,5)	1 (5,3)
5	13 (68,4)	4 (21,1)	2 (10,5)	
6	15 (78,9)	4 (21,1)		
7	17 (89,5)	1 (5,3)	1(5,3)	
8	14 (73,7)	2 (10,5)	3 (15,8)	
9	16 (84,2)	3 (15,8)		
10	13 (68,4)	4 (21,1)	2 (10,5)	
11	14 (73,7)	3 (15,8)	1 (5,3)	1 (5,3)
12	17 (89,5)	1 (5,3)	1 (5,3)	
13	14 (73,7)	3 (15,8)	1 (5,3)	1 (5,3)
14	14 (73,7)	5 (26,3)		
15	13 (68,4)	4 (21,1)	1 (5,3)	1 (5,3)
16	14 (73,7)	5 (26,3)		
17	15 (78,9)	3 (15,8)	1 (5,3)	
18	13 (68,4)	4 (21,1)	1 (5,3)	1 (5,3)
19	16 (84,2)	1 (5,3)	2 (10,5)	

Tabla 8.- Primera Ronda Método Delphi. Cuestionario Pre

En la segunda ronda de validación del Método Delphi todos los ítems del cuestionario pre superaron el 70% (véase tabla 9).

Ítems	Muy Adecuado N (%)	Bastante adecuado N (%)	Adecuado N (%)	Poco adecuado N (%)
1	16 (84,2)	2 (10,5)	1 (5,3)	
2	16 (84,2)	3 (15,8)		
3	15 (78,9)	3 (15,8)	1 (5,3)	
4	14 (73,7)	2 (10,5)	3 (15,8)	
5	16 (84,2)	2 (10,5)	1 (5,3)	
6	15 (78,9)	4 (21,1)		
7	16 (84,2)	2 (10,5)	1 (5,3)	
8	16 (84,2)	3 (15,8)		
9	15 (78,9)	3 (15,8)	1 (5,3)	
10	16 (84,2)	1 (5,3)	2 (10,5)	
11	15 (78,9)	4 (21,1)		
12	15 (78,9)	3 (15,8)	1 (5,3)	
13	16 (84,2)	3 (15,8)		
14	16 (84,2)	3 (15,8)		
15	16 (84,2)	3 (15,8)		
16	16 (84,2)	2 (10,5)	1 (5,3)	
17	17 (89,5)	2 (10,5)		
18	16 (84,2)	2 (10,5)	1 (5,3)	

Tabla 9.- Segunda ronda Método Delphi. Cuestionario Pre

En la siguiente tabla puede observarse que en la segunda ronda de validación (momento 2) más de la mitad de los expertos otorgaron la máxima puntuación a todos los ítems. También se muestra que el percentil 75 no llega ni siquiera a alcanzar la siguiente opción de respuesta codificada con un 2. Por lo que se reducen los valores de la media, la mediana y el percentil 75 entre los dos momentos, lo que indica una mejora de las puntuaciones por parte de los expertos (véase tabla 10).

		Puntuación media en el momento 1	Puntuación media en el momento 2
Media		1,3269	1,2076
Desviación estándar		0,37936	0,37854
Mínimo		1,00	1,00
Máximo		2,21	2,11
Percentiles	25	1,0000	1,0000
	50	1,2105	1,0000
	75	1,5789	1,5000

Tabla 10.- Datos descriptivos para las puntuaciones medias de los ítems en los dos momentos analizados para el cuestionario pre.

El 84% de los expertos consultados se mantiene en su respuesta o mejora la puntuación. Los que se mantienen es porque no pueden mejorarla, ya que han puntuado los ítems con la máxima calificación (muy adecuado) (véase tabla 1).

Expertos	Puntuación media en el momento 1	Puntuación media en el momento 2
1	1,0526	1,0000
2	1,0000	1,0000
3	1,4211	1,0000
4	1,7368	1,5000
5	1,2105	1,0000
6	2,2105	1,7778
7	1,0526	2,1111
8	1,2632	1,0000
9	1,0526	1,0000
10	2,0526	1,0000
11	1,6842	2,0000
12	1,4737	1,0000
13	1,0000	1,0000
14	1,0000	1,0000
15	1,5789	1,0000
16	1,4211	1,5556
17	1,0000	1,0000
18	1,0000	1,0000
19	1,0000	1,0000

Tabla 11.- Comparación de las respuestas de los expertos en las dos rondas. Cuestionario Pre

En la tabla 12 se muestra que al dar la correlación intraclase un valor cercano a 0,89 se pueden considerar válidas las respuestas de los expertos, en la primera ronda de validación (momento 1).

Alfa de Cronbach/ Correlación intraclase	95% de Intervalo de confianza		Sig
	Límite inferior	Límite superior	
,888	,799	,949	<0 ,001

Tabla 12.- Estadísticos de fiabilidad: coeficiente de correlación intraclase / alfa de Cronbach para el cuestionario pre en el primer momento analizado

En la tabla 13 se puede observar una mejora de la concordancia entre las respuestas de los expertos en la segunda ronda de validación (momento 2) con respecto al momento anterior, pues hemos pasado de un valor de 0,89 a 0,92 en la correlación intraclase.

Alfa de Cronbach/ Correlación intraclase	95% de Intervalo de confianza		Sig
	Límite inferior	Límite superior	
,924	,863	,965	<0,001

Tabla 13.- Estadísticos de fiabilidad: coeficiente de correlación intraclase/alfa de Cronbach para el cuestionario pre en el segundo momento analizado

6.1.2.2. Cuestionario Post

En la primera ronda de validación del método Delphi destacamos que los ítems 3 y 6 son los que necesitarían ser mejorados al no alcanzar estos el 70% (véase tabla 14).

Ítems	Muy adecuado	Bastante adecuado	Adecuado	Poco adecuado
1	18 (94,7)	1 (5,3)		
2	18 (94,7)	1 (5,3)		
3	13 (68,4)	4 (21,1)	1 (5,3)	1 (5,3)
4	14 (73,7)	2 (10,5)	2 (10,5)	1 (5,3)
5	15 (78,9)	4 (21,1)		
6	12 (63,2)	4 (21,1)	1 (5,3)	2 (10,5)
7	18 (94,7)	1 (5,3)		
8	18 (94,7)	1 (5,3)		
9	15 (78,9)	2 (10,5)	2 (10,5)	
10	15 (78,9)	3 (15,8)	1 (5,3)	
11	15 (78,9)	3 (15,8)	1 (5,3)	
12	14 (73,7)	3 (15,8)	1 (5,3)	1 (5,3)
13	16 (84,2)	2 (10,5)	1 (5,3)	
14	15 (78,9)	3 (15,8)	1 (5,3)	
15	16 (84,2)	2 (10,5)	1 (5,3)	
16	16 (84,2)	3 (15,8)		
17	15 (78,9)	3 (15,8)	1 (5,3)	
18	16 (84,2)	2 (10,5)	1 (5,3)	
19	16 (84,2)	2 (10,5)	1 (5,3)	
20	18 (94,7)	1 (5,3)		

Tabla 14.- Primera Ronda Método Delphi. Cuestionario Post

En la segunda ronda de validación del Método Delphi todos los ítems del cuestionario post superaron el 75% (véase tabla 15).

Ítems	Muy Adecuado N (%)	Bastante adecuado N (%)	Adecuado N (%)	Poco adecuado N (%)
1	19 (100,0)			
2	18 (94,7)	1 (5,3)		
3	15 (78,9)	3 (15,8)	1 (5,3)	
4	16 (84,2)	1 (5,3)	2 (10,5)	
5	15 (78,9)	2 (10,5)	2 (10,5)	
6	18 (94,7)	1 (5,3)		
7	17 (89,5)	2 (10,5)		
8	18 (94,7)	1 (5,3)		
9	16 (84,2)	3 (15,8)		
10	16 (84,2)	3 (15,8)		
11	16 (84,2)	2 (10,5)	1 (5,3)	
12	17 (89,5)	1 (5,3)	1 (5,3)	
13	16 (84,2)	2 (10,5)	1 (5,3)	
14	16 (84,2)	2 (10,5)	1 (5,3)	
15	16 (84,2)	3 (15,8)		
16	16 (84,2)	3 (15,8)		
17	17 (89,5)	2 (10,5)		
18	18 (94,7)	1 (5,3)		
19	16 (84,2)	1 (5,3)	2 (10,5)	

Tabla 15.- Segunda Ronda Método Delphi. Cuestionario Post

En la tabla 16 se observa una mejora de las puntuaciones de los ítems entre el momento 1 y el momento 2 de validación por parte de los expertos de los ítems del cuestionario, ya que tanto la media como la mediana y el percentil 75 reducen sus valores.

		Puntuación media en el momento 1	Puntuación media en el momento 2
Media		1,2553	1,1551
Desviación estándar		0,33204	0,30663
Mínimo		1,00	1,00
Máximo		2,15	1,95
Percentiles	25	1,0000	1,0000
	50	1,5000	1,0000
	75	1,3000	1,1579

Tabla 16.- Datos descriptivos para las puntuaciones medias de los ítems en los dos momentos analizados para el cuestionario post

El 89% de los expertos consultados se mantiene en su respuesta o mejora la puntuación. Los que se mantienen es porque no pueden mejorarla, ya que han puntuado los ítems con la máxima calificación (muy adecuado) (véase tabla 17).

Expertos	Puntuación media en el momento 1	Puntuación media en el momento 2
1	1,0500	1,0000
2	1,0000	1,0000
3	1,3000	1,0000
4	1,5500	1,1579
5	1,2000	1,0000
6	2,1500	1,7895
7	1,1500	1,9474
8	1,2500	1,0000
9	1,0000	1,0000
10	1,9500	1,0000
11	1,3000	1,6842
12	1,2500	1,0000
13	1,0000	1,0000
14	1,0000	1,0000
15	1,1500	1,0000
16	1,5500	1,3684
17	1,0000	1,0000
18	1,0000	1,0000
19	1,0000	1,0000

Tabla 17.- Puntuación media de los ítems por cada uno de los expertos para los dos momentos analizados en el cuestionario post

En la tabla 18 se observa que al ser el valor de la correlación intraclase cercano a 0,86 en el momento 1, se puede afirmar que las respuestas de los expertos tienen concordancia entre sí.

Alfa de Cronbach/ Correlación intraclase	95% de Intervalo de confianza		Sig
	Límite inferior	Límite superior	
,856	,738	,937	<0,001

Tabla 18.- Estadísticos de fiabilidad: coeficiente de correlación intraclase / alfa de Cronbach para el cuestionario post en el primer momento analizado

En la tabla 19 se puede observar una mejora de la concordancia entre las respuestas de los expertos en la segunda ronda de validación (momento 2) con respecto al momento anterior, pues hemos pasado de un valor de 0,86 a 0,93 en la correlación intraclase.

Alfa de Cronbach/ Correlación intraclase	95% de Intervalo de confianza		Sig
	Límite inferior	Límite superior	
,932	,874	,971	<0,001

Tabla 19.- Estadísticos de fiabilidad: coeficiente de correlación intraclase / alfa de Cronbach para el cuestionario post en el segundo momento analizado

6.2. Descripción de la muestra

La población de nuestra investigación está compuesta por 409 escolares (N=409), cuya distribución por sexo y curso escolar se encuentran representadas en los gráficos 1 y 2 respectivamente.

El gráfico 1 muestra un predominio de hombres entre los escolares que forman parte de la muestra de nuestra investigación.

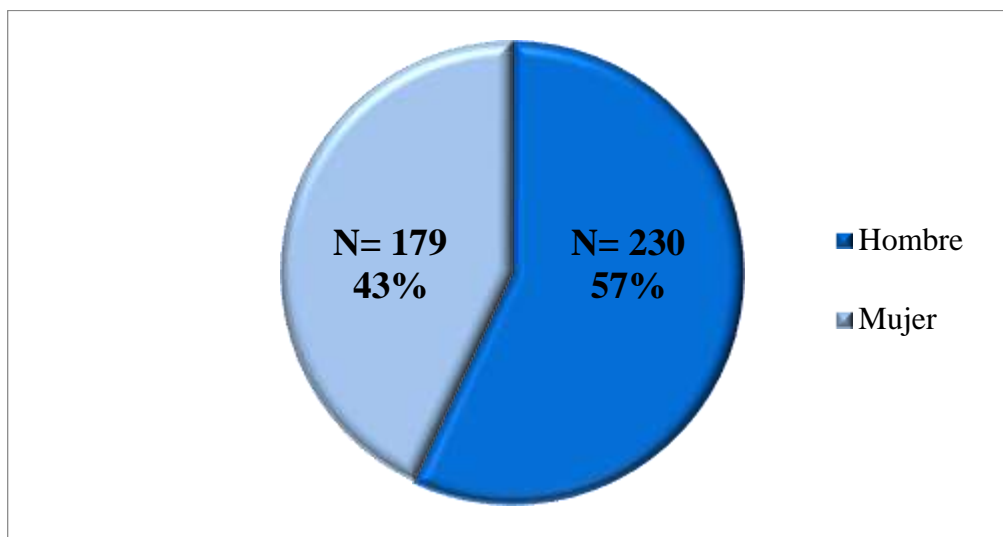


Gráfico 1.- Distribución porcentual de la muestra en función al sexo

En el gráfico 2 podemos observar que hay una mayor proporción de escolares de 6º de Educación Primaria.

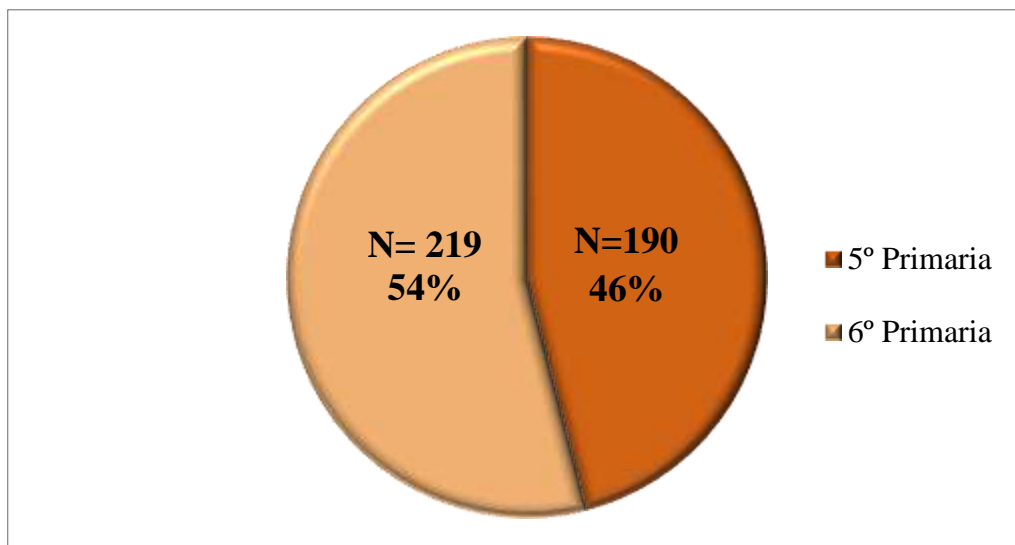


Gráfico 2.- Distribución porcentual de la muestra por curso escolar

La distribución de la muestra por centro educativo se encuentra recogida en el siguiente gráfico (véase gráfico 3).

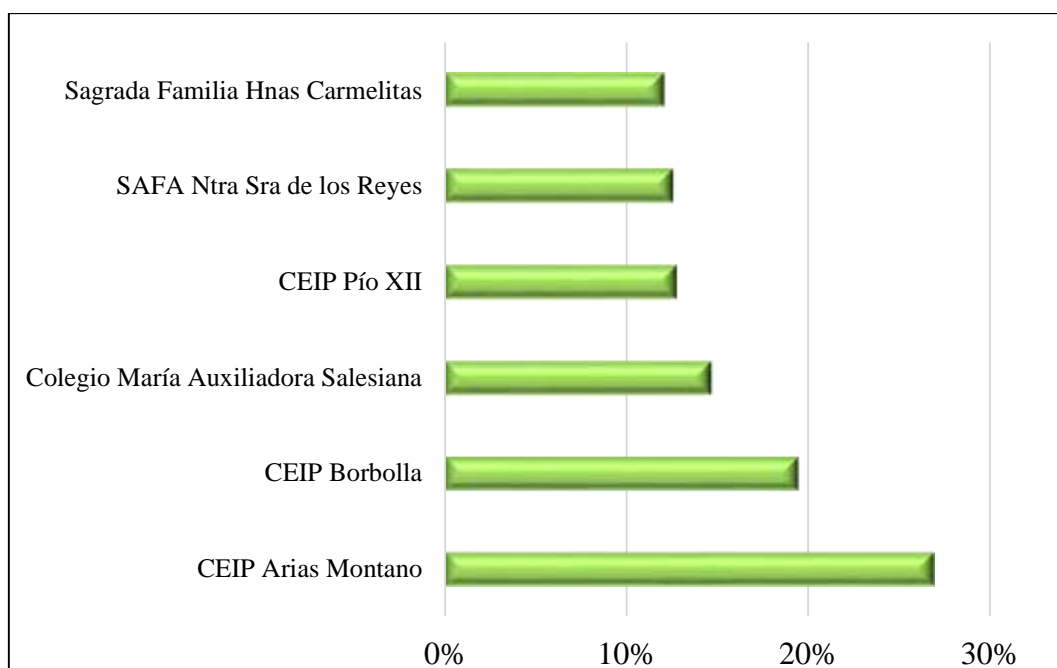


Gráfico 3.- Distribución porcentual de la muestra por centro educativo

La distribución de la muestra según el sexo por cada centro educativo puede observarse en el siguiente gráfico (véase gráfico 4).

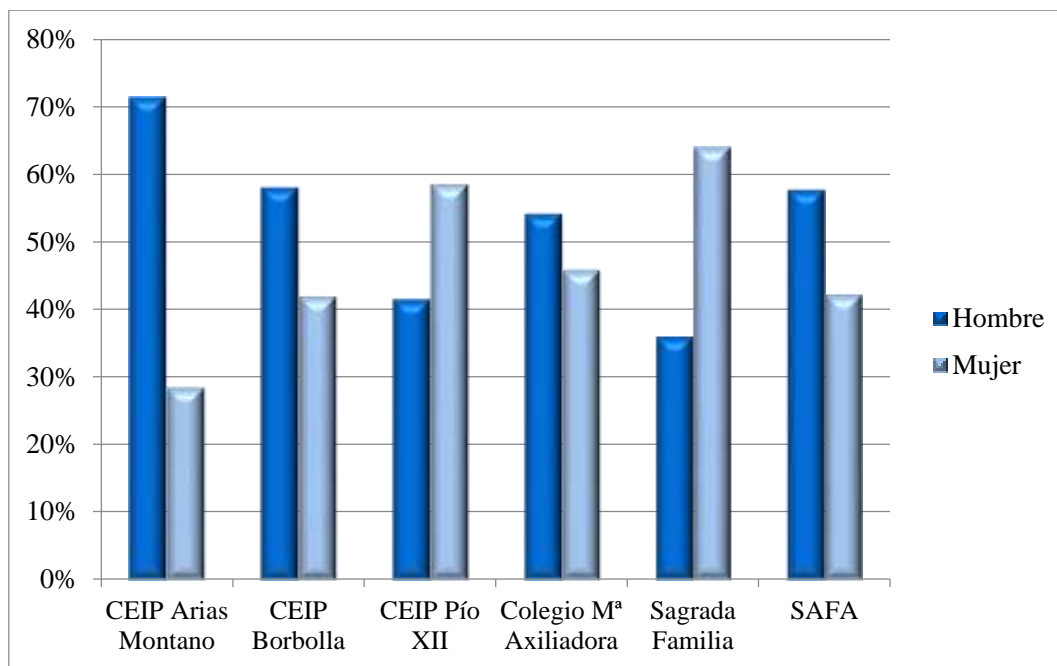


Gráfico 4.- Distribución porcentual de la muestra según sexo por centro educativo

6.3. Cuestionarios Pre-Charla

El gráfico 5 muestra que casi la totalidad de los escolares acudirían al Podólogo para resolver un problema en los pies.

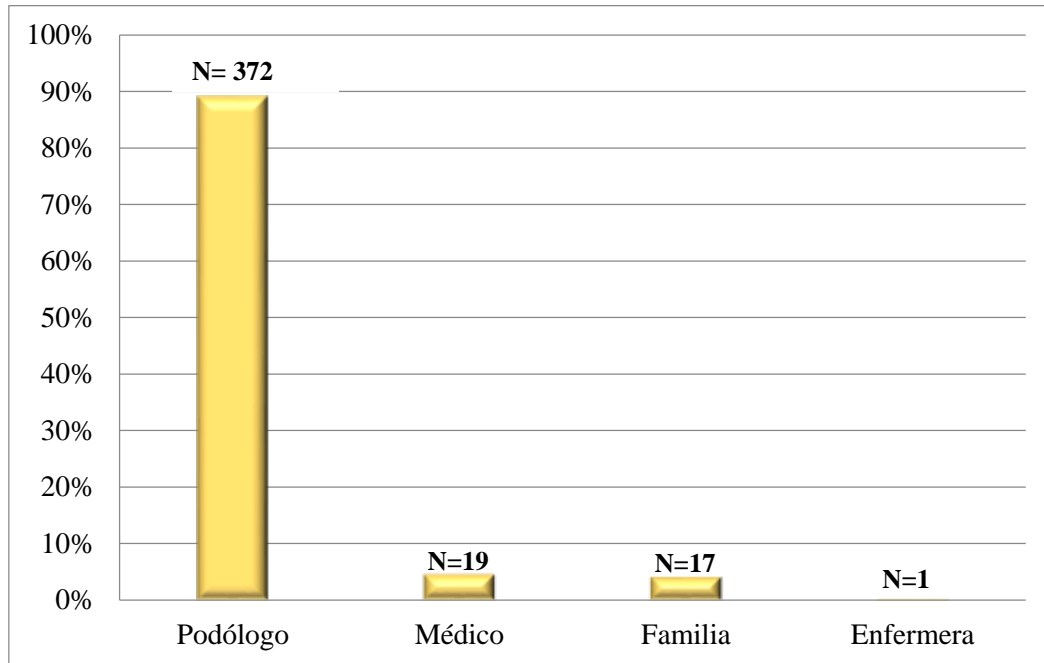


Gráfico 5.-Pregunta 1 Pre. A quién acudirías para resolver un problema en los pies

En el gráfico 6 puede observarse que casi la totalidad de la muestra conoce la figura del Podólogo.

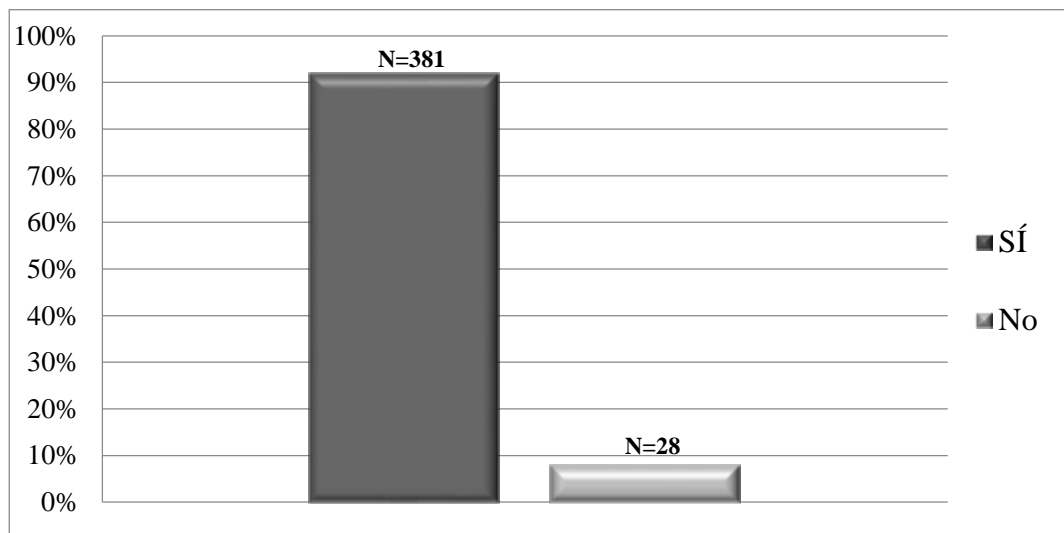


Gráfico 6.- Pregunta 2 Pre. Conocimiento figura del Podólogo

El gráfico 7 muestra que un alto porcentaje de los escolares no ha visitado nunca al Podólogo.

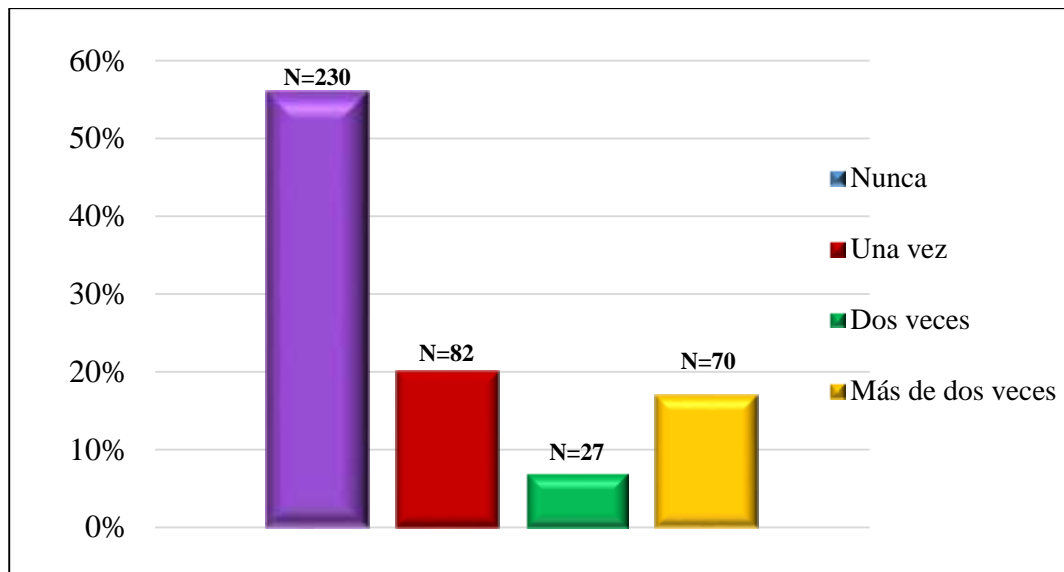


Gráfico 7.- Pregunta 3 Pre. Visitas al Podólogo

En el gráfico 8 se observa que la mayoría de los escolares señalaron la imagen que corresponde a un pie con una huella normal.

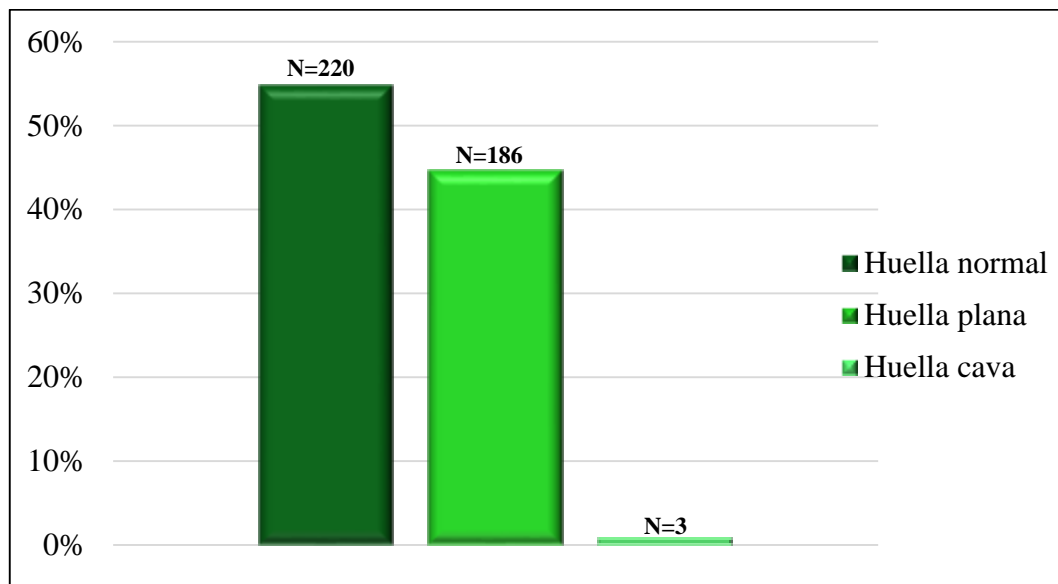


Gráfico 8.- Pregunta 4 Pre. Señala la imagen que corresponde a un pie con una huella normal

El gráfico 9 refleja que un amplio porcentaje de escolares han recibido información sobre cómo cuidarse los pies.

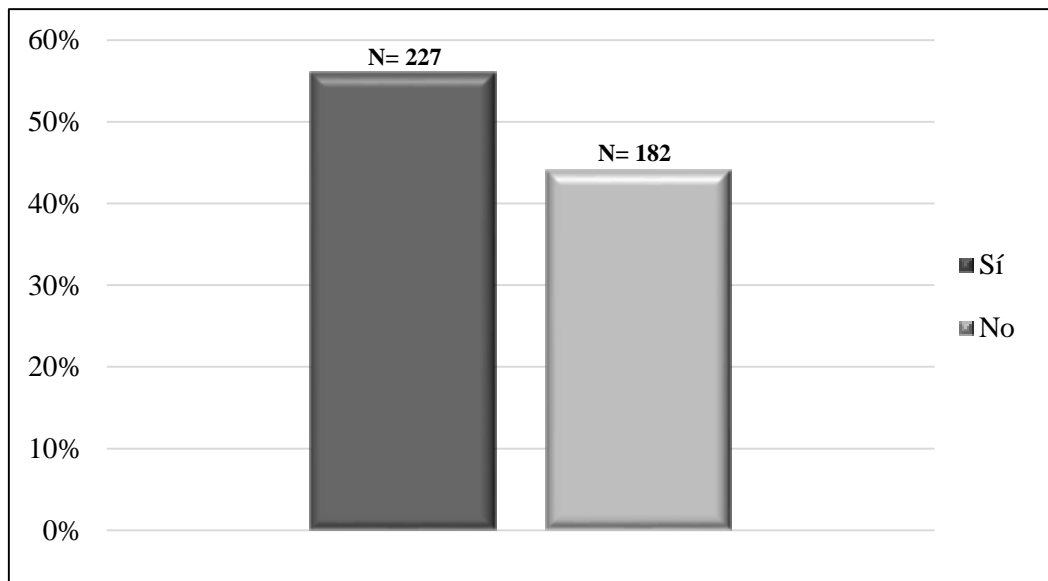


Gráfico 9.- Pregunta 5 Pre. Información sobre cómo cuidarte los pies

El gráfico 10 muestra que de los escolares que han recibido información sobre cómo cuidarse los pies, es muy similar el porcentaje que ha recibido esa información por sus familiares y por parte del Podólogo.

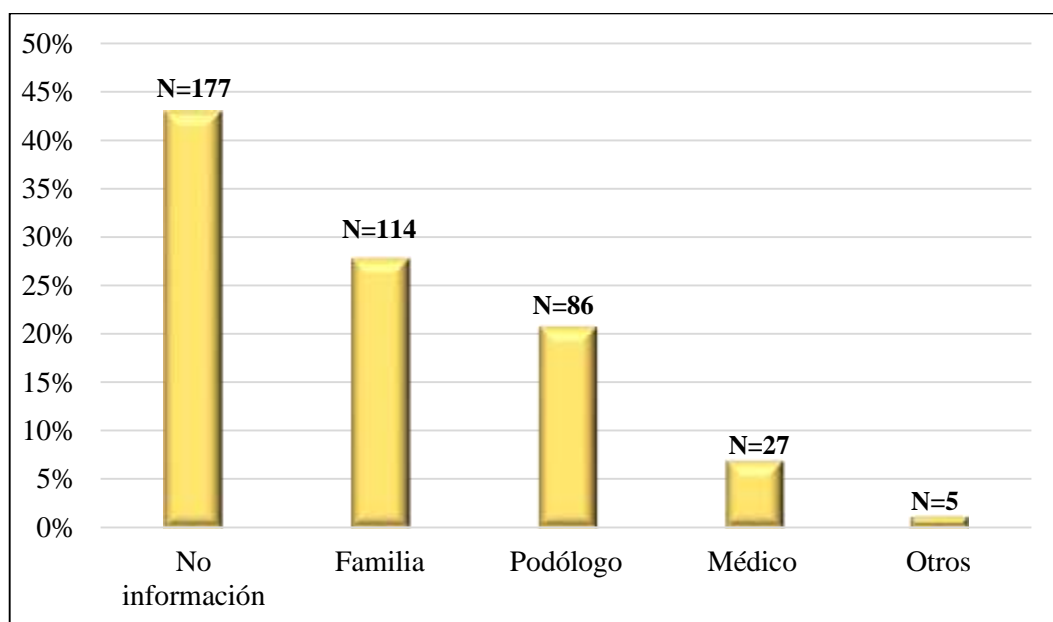


Gráfico 10.- Pregunta 6 Pre. Explicación sobre el cuidado de los pies

En el gráfico 11 podemos observar que la mayoría de los escolares no necesita ayuda para cuidarse los pies.

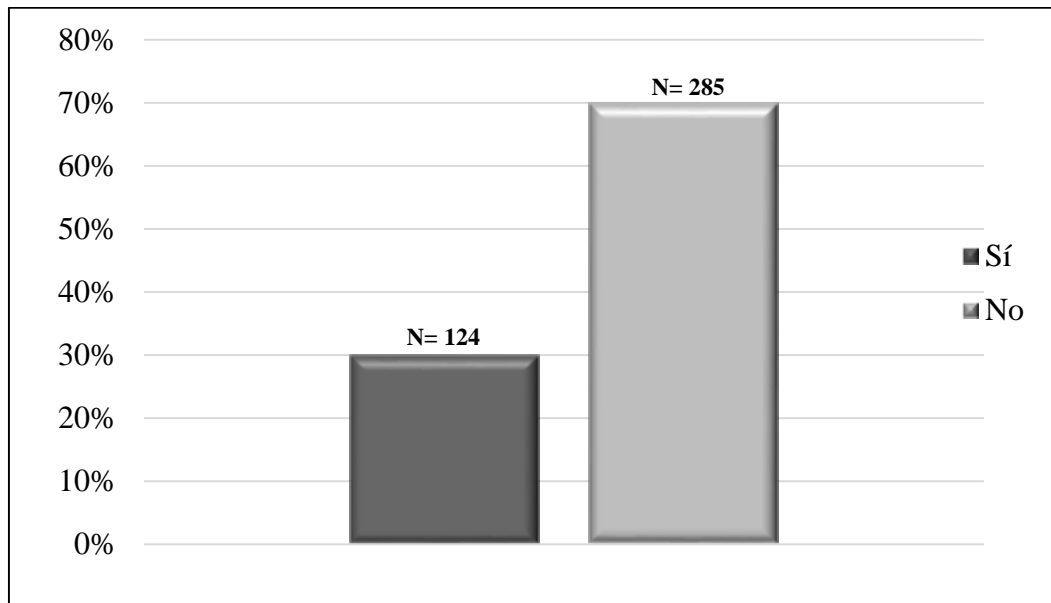


Gráfico 11.- Pregunta 7 Pre. Necesidad de ayuda para cuidarse los pies

Un gran porcentaje de los escolares están en total acuerdo con que los pies son una parte importante del cuerpo (véase gráfico 12).

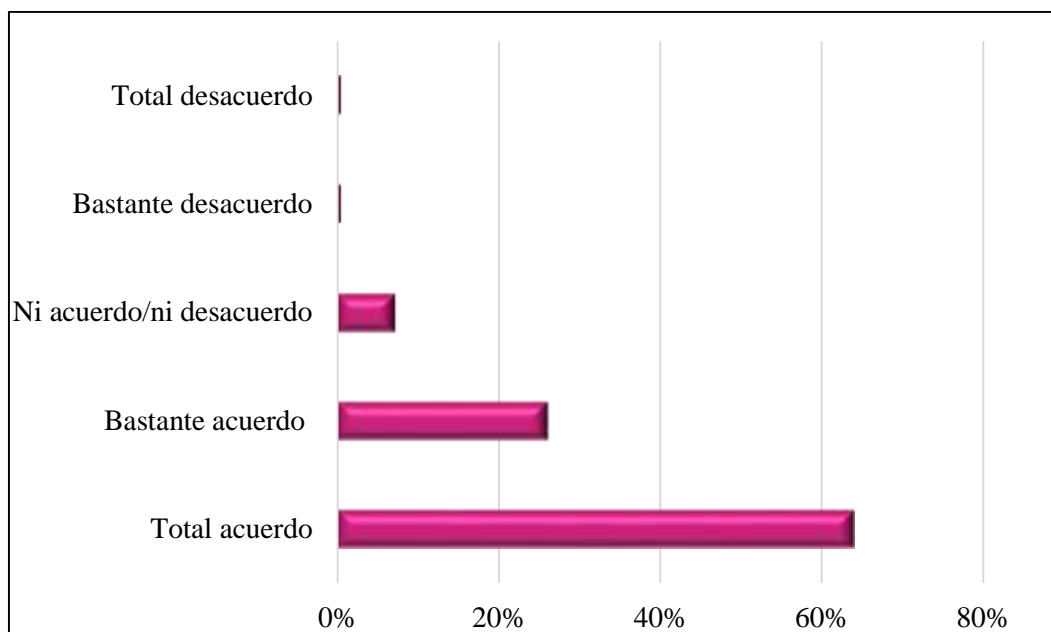


Gráfico 12.- Pregunta 8.1 Pre. Los pies son una parte importante del cuerpo

En el gráfico 13 pueden observarse que un elevado porcentaje de escolares están bastante de acuerdo con mirarse los pies todos los días.

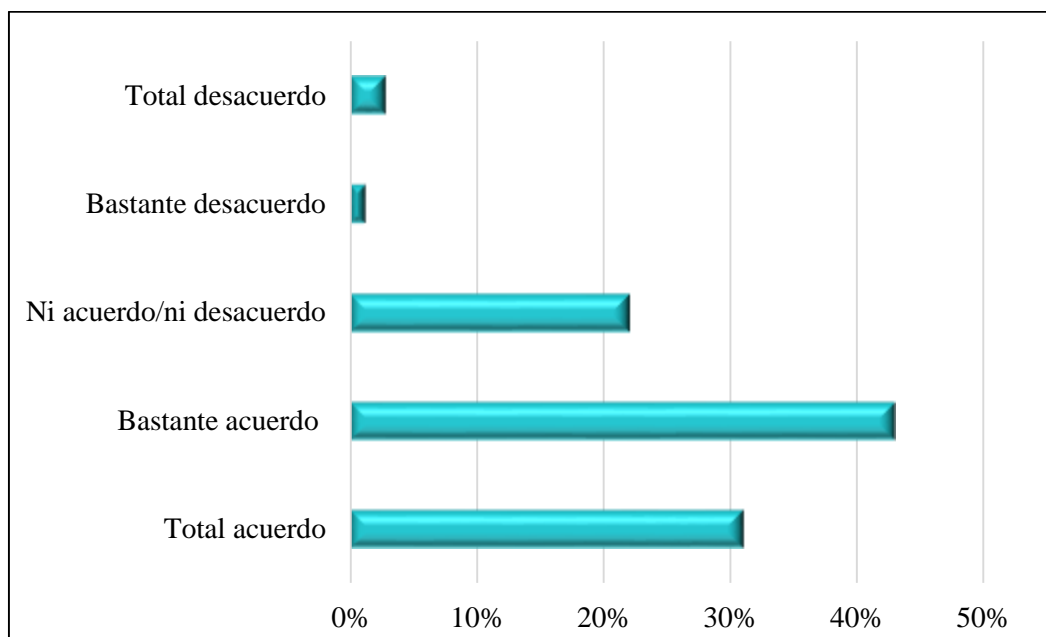


Gráfico 13.- Pregunta 8.2 Pre. Hay que mirarse los pies todos los días

La mayoría de los escolares están totalmente de acuerdo con que hay que lavarse los pies todos los días (véase gráfico 14).

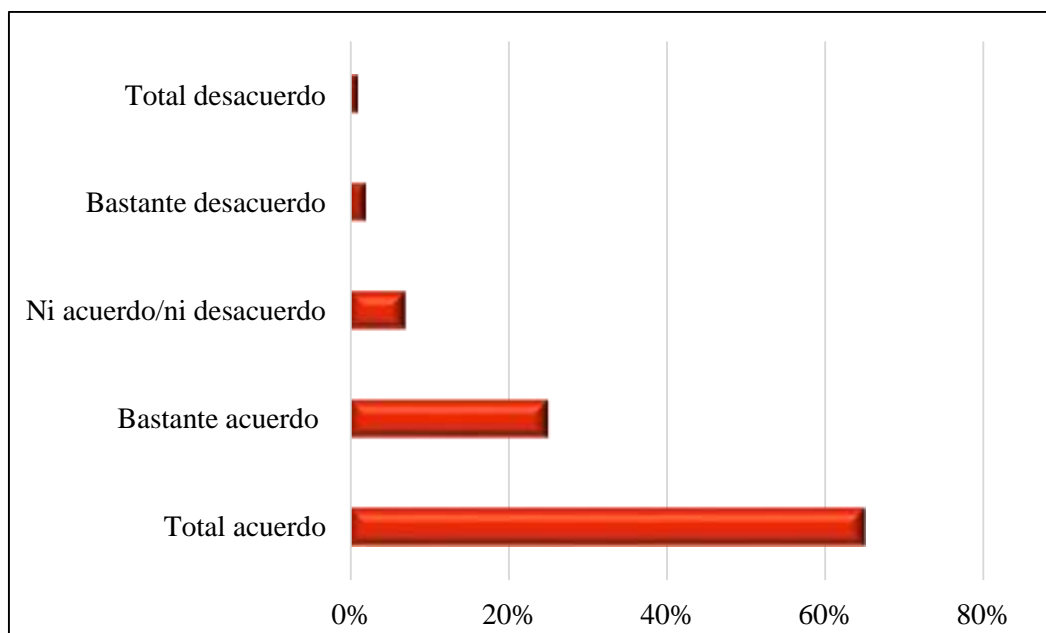


Gráfico 14.- Pregunta 8.3 Pre. Lavarse los pies todos los días

En el gráfico 15 podemos observar que la mayoría de los escolares están totalmente de acuerdo con secarse los pies todos los días sobre todo entre los dedos.

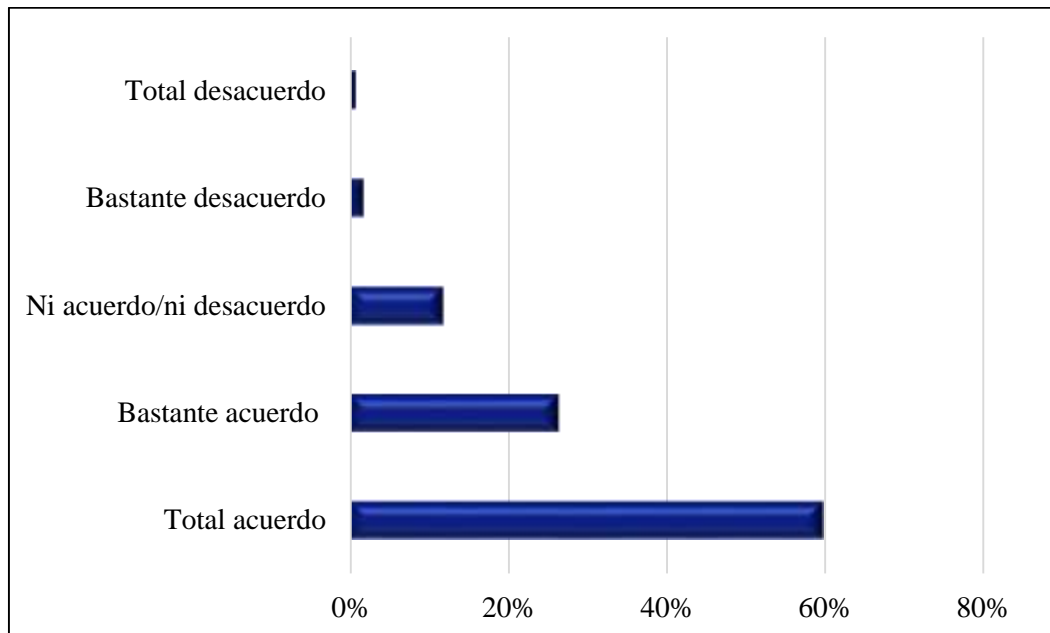


Gráfico 15.- Pregunta 8.4 Pre. Secarse muy bien los pies sobre todo entre los dedos

En el gráfico 16 se muestra que el mayor porcentaje de escolares no está en acuerdo ni en desacuerdo con que el corte de las uñas debe ser recto.

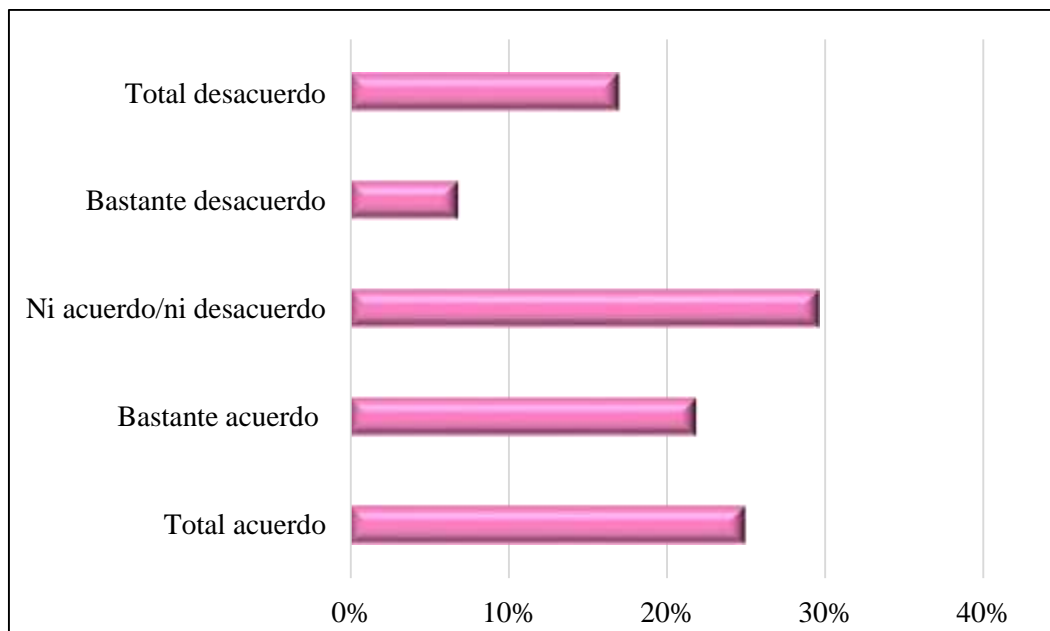


Gráfico 16.- Pregunta 8.5 Pre. El corte de las uñas debe ser recto

En el gráfico 17 se observa que gran parte de la muestra no está ni en acuerdo ni en desacuerdo con aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies.

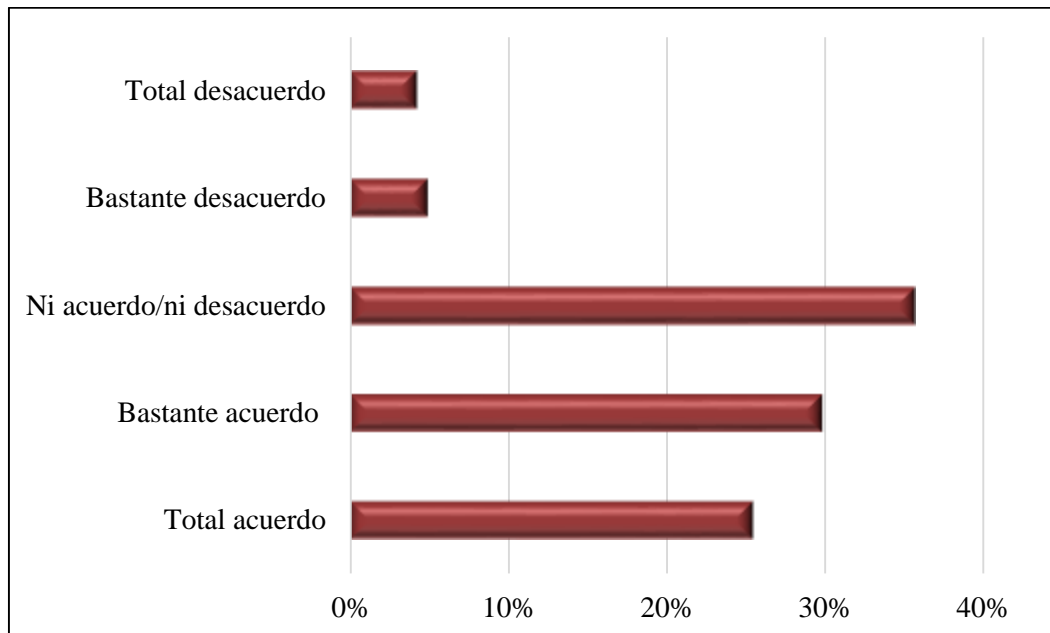


Gráfico 17.- Preguntar 8.6 Pre. Aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies

La mayoría de los escolares no conocen el nombre de alguna enfermedad en los pies (véase gráfico 18).

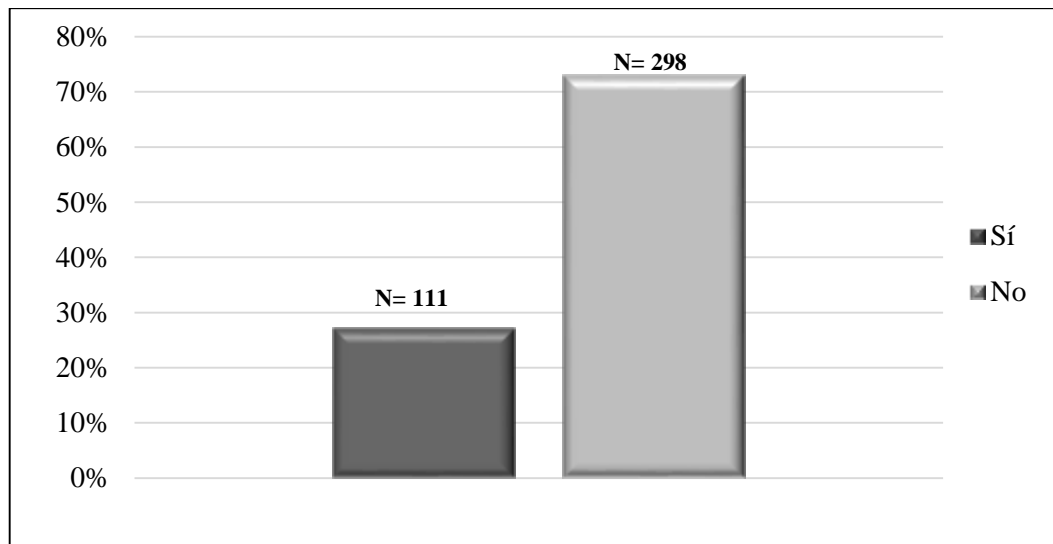


Gráfico 18.- Preguntar 9.1 Pre. Conocimiento del nombre de las enfermedades del pie

En el gráfico 19 se puede observar los nombres de las enfermedades conocidas por los escolares.

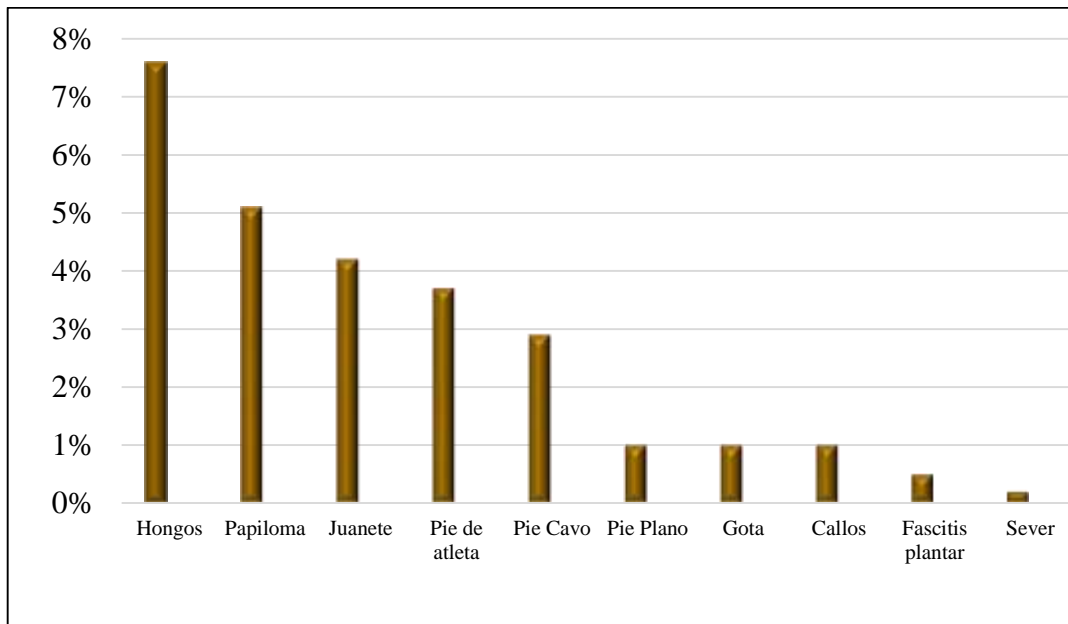


Gráfico 19.- Pregunta 9.2 Pre. Nombre enfermedades del pie

La mayoría de los escolares saben cómo tienen que sentarse correctamente (véase gráfico 20).

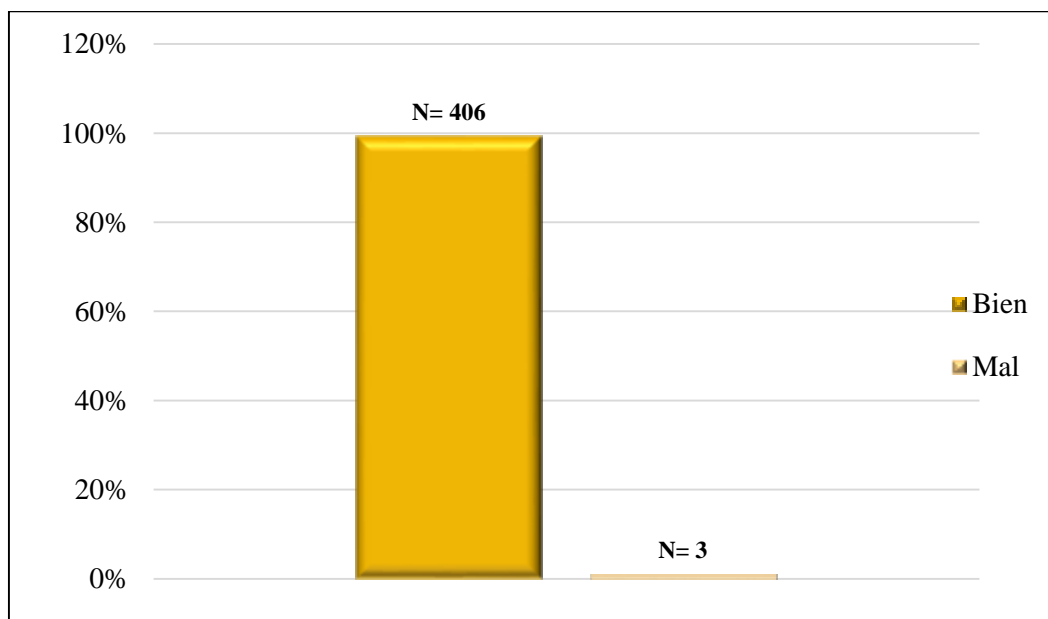


Gráfico 20.- Pregunta 10 Pre. Sabes cómo tenemos que sentarnos

La mayoría de los escolares están totalmente de acuerdo en que caminar descalzos en sitios públicos es perjudicial (véase gráfico 21).

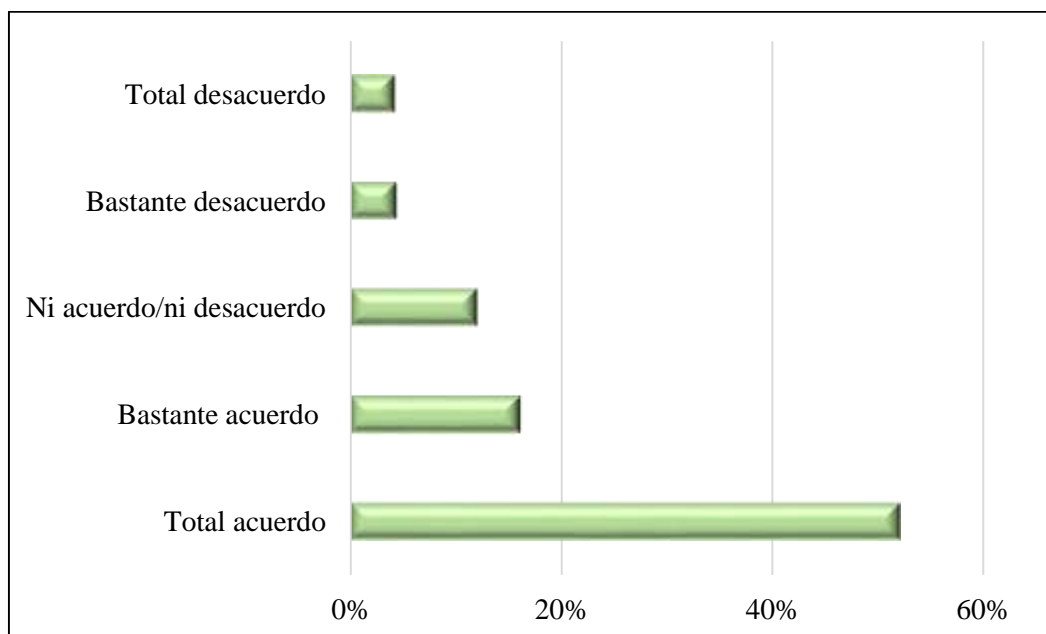


Gráfico 21.- Pregunta 11.1 Pre. Caminar descalzo en sitios públicos es perjudicial

En el gráfico 22 puede observarse que la mayoría de los escolares están totalmente en desacuerdo con que sea recomendable intercambiar el calzado con otra persona.

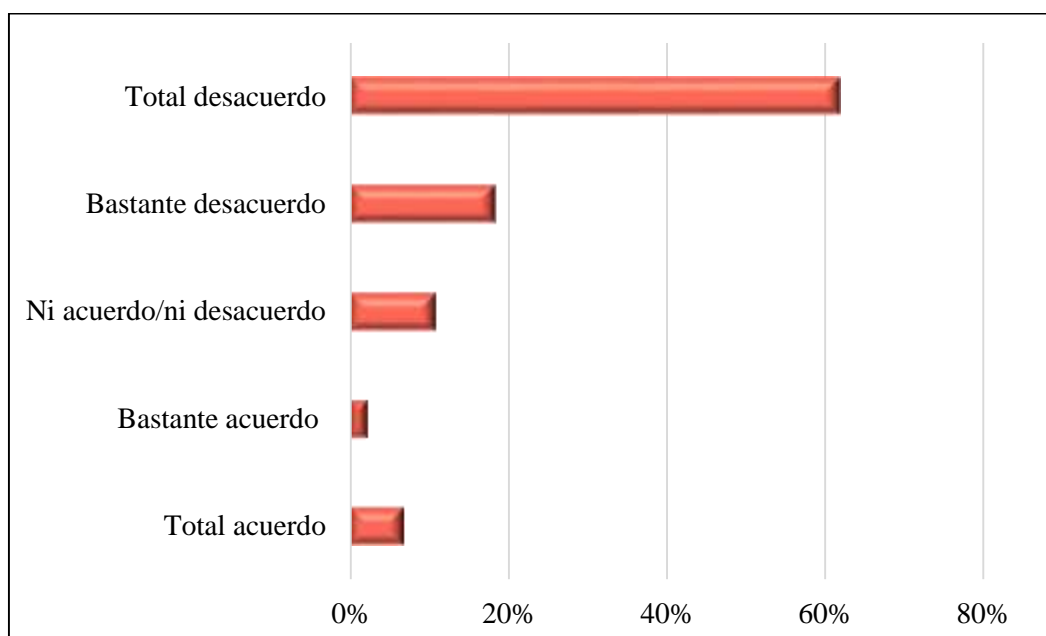


Gráfico 22.- Pregunta 11.2 Pre. Es recomendable intercambiar el calzado con otra persona

El gráfico 23 muestra que casi la totalidad de los escolares están totalmente de acuerdo en que hay que cambiar los calcetines después del ejercicio físico.

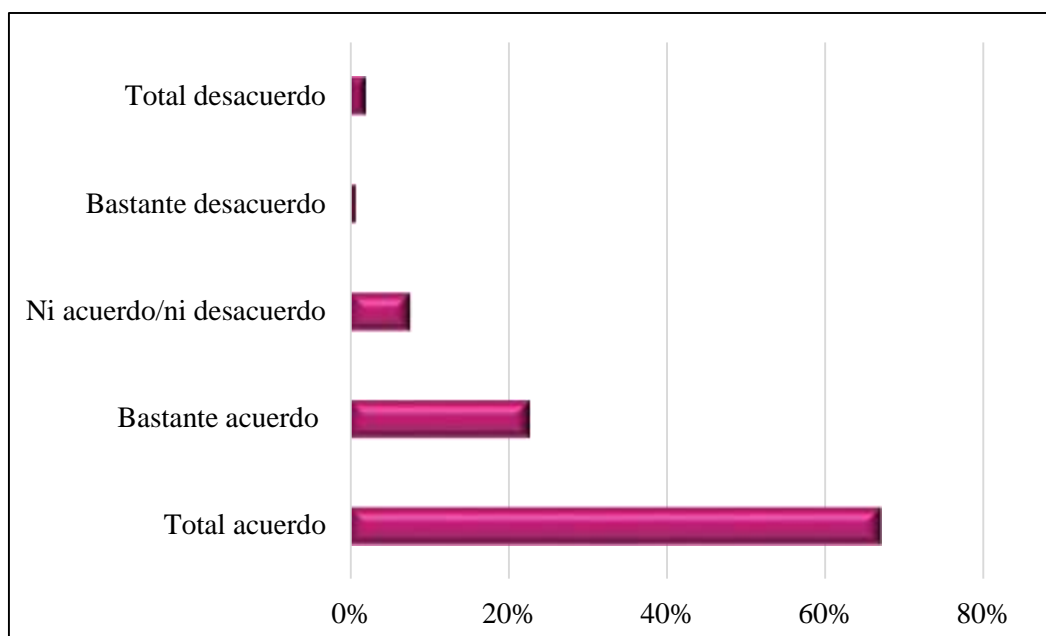


Gráfico 23.- Pregunta 11.3 Pre. Hay que cambiar los calcetines después del ejercicio físico

En el gráfico 24 se puede observar que la mayoría de los escolares están totalmente de acuerdo en curarse las heridas en el pie inmediatamente.

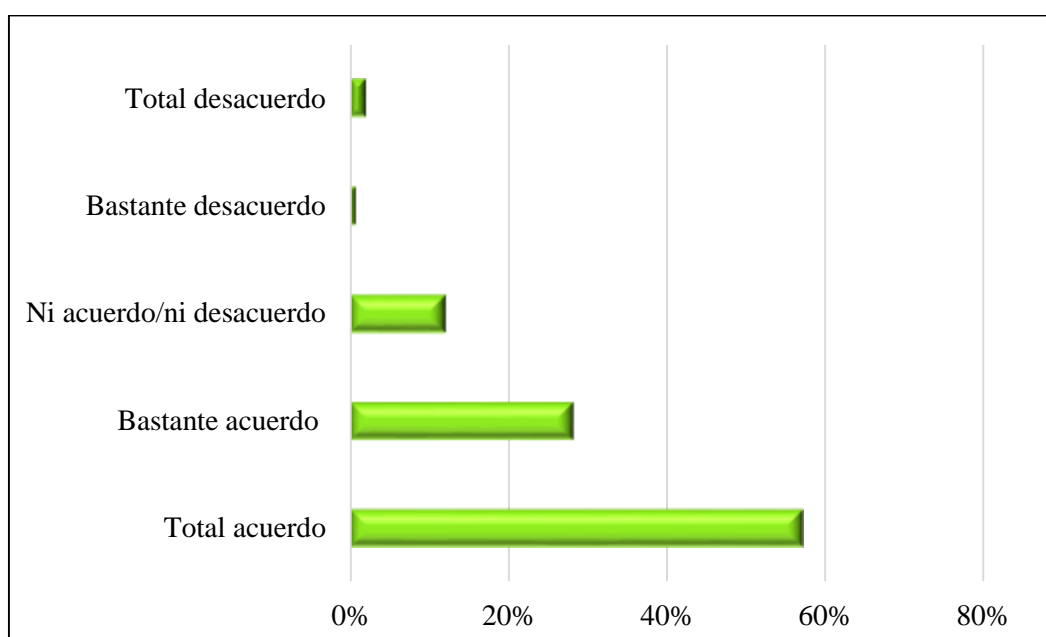


Gráfico 24.- Pregunta 11.4 Pre. Las heridas en el pie deben curarse inmediatamente

La mayoría de los escolares de la muestra consideran el calzado deportivo como un calzado saludable (véase gráfico 25).

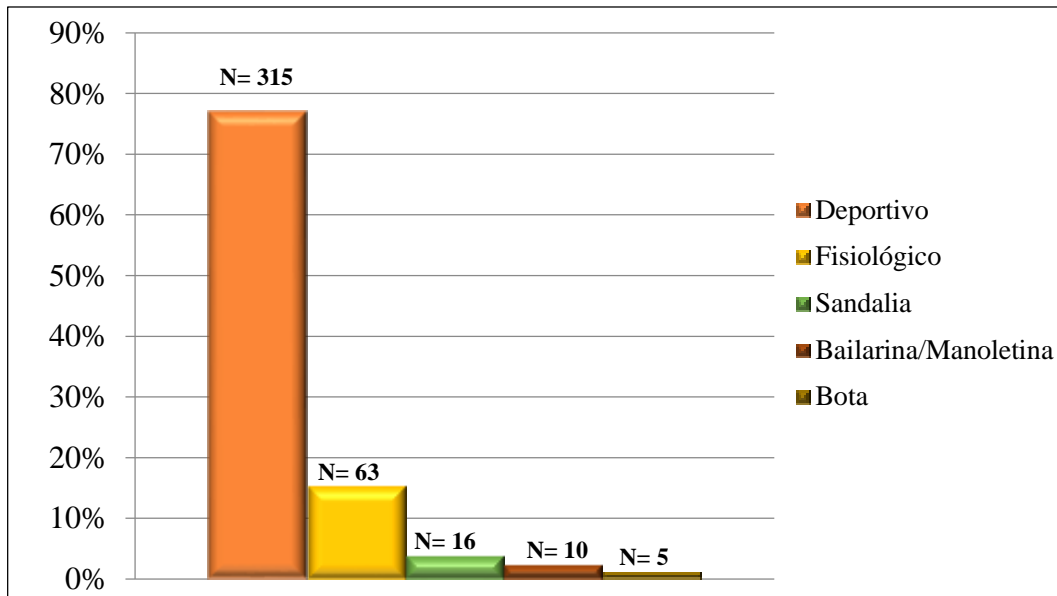


Gráfico 25.- Pregunta 12 Pre. Señala la imagen que consideres que corresponde a un calzado saludable

El gráfico 26 muestra que la mayoría de los escolares eligen el calzado en función de la comodidad.

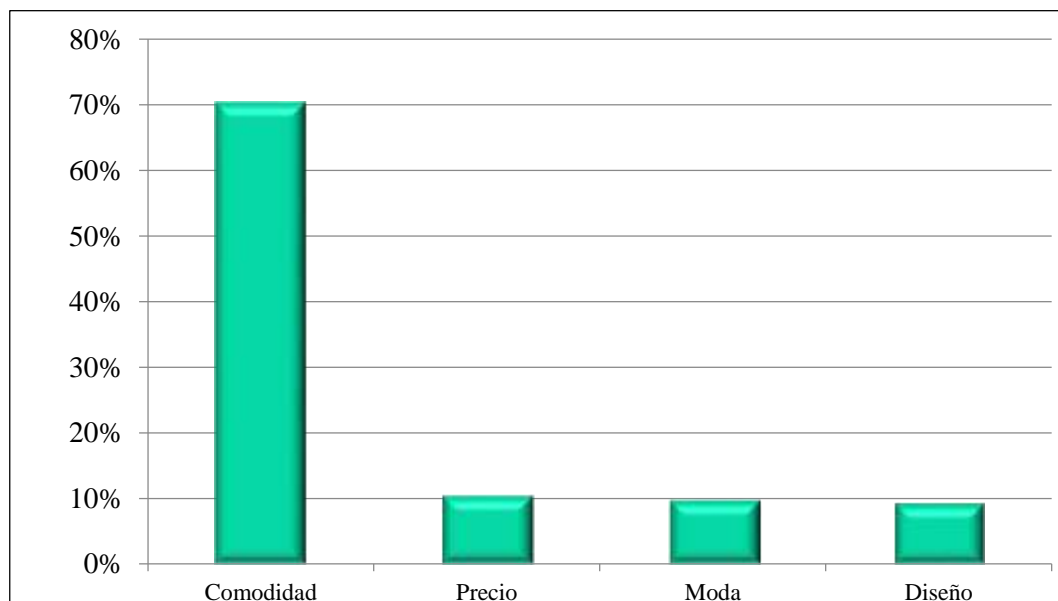


Gráfico 26.- Pregunta 13 Pre. Criterios de elección del calzado

La mayoría de los escolares consideran que no es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer algún deporte (véase gráfico 27).

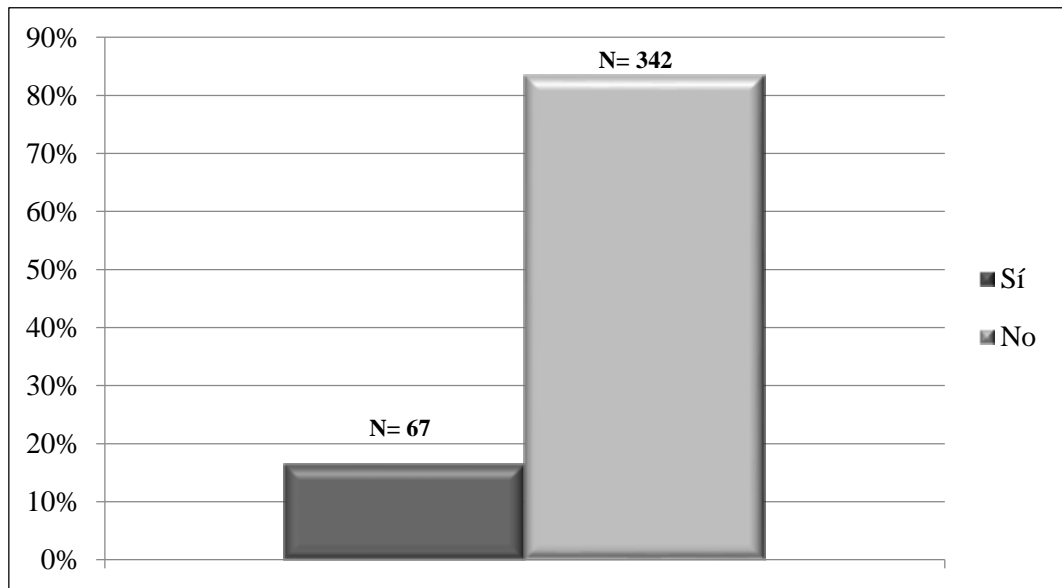


Gráfico 27.- Pregunta 14 Pre. ¿Es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer deporte?

En el gráfico 28 se muestra que la mayoría de los escolares consideran que a veces hay que consultar al Podólogo por el tipo de calzado adecuado para practicar un deporte.

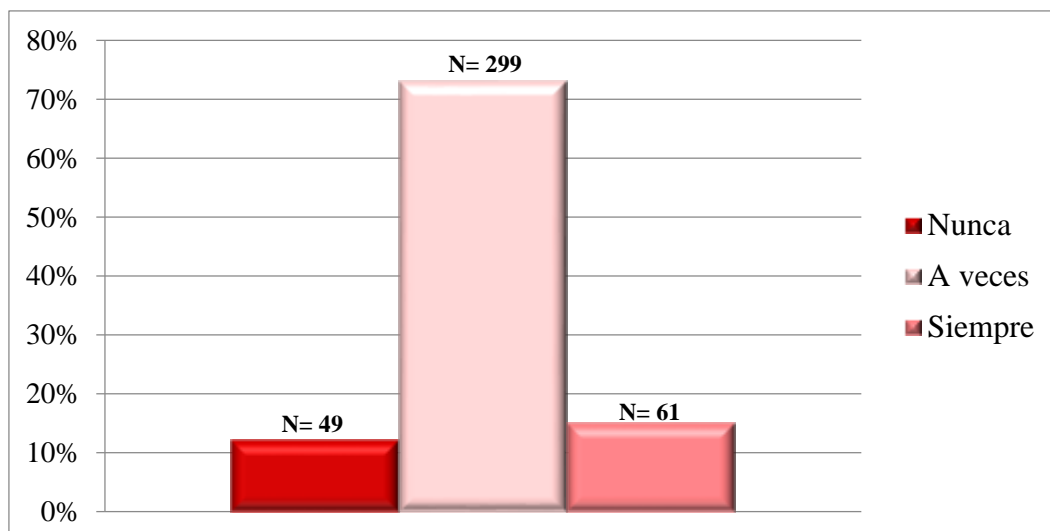


Gráfico 28.- Pregunta 15 Pre. Consultar al Podólogo por el calzado adecuado para practicar deporte

Un gran porcentaje de escolares están totalmente de acuerdo con que el calzado debe ajustarse al pie (véase gráfico 29).

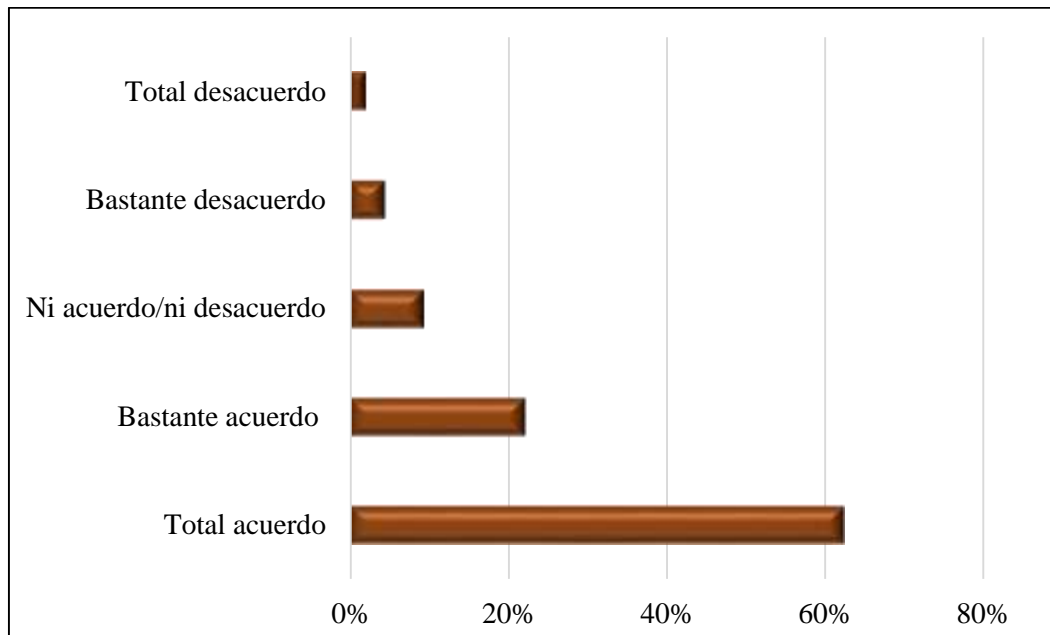


Gráfico 29.- Pregunta 16.1 Pre. El calzado debe ajustarse al pie

En el gráfico 30 puede observarse que la mayoría de los escolares consideran que la parte más ancha del pie debe coincidir con la más ancha del calzado.

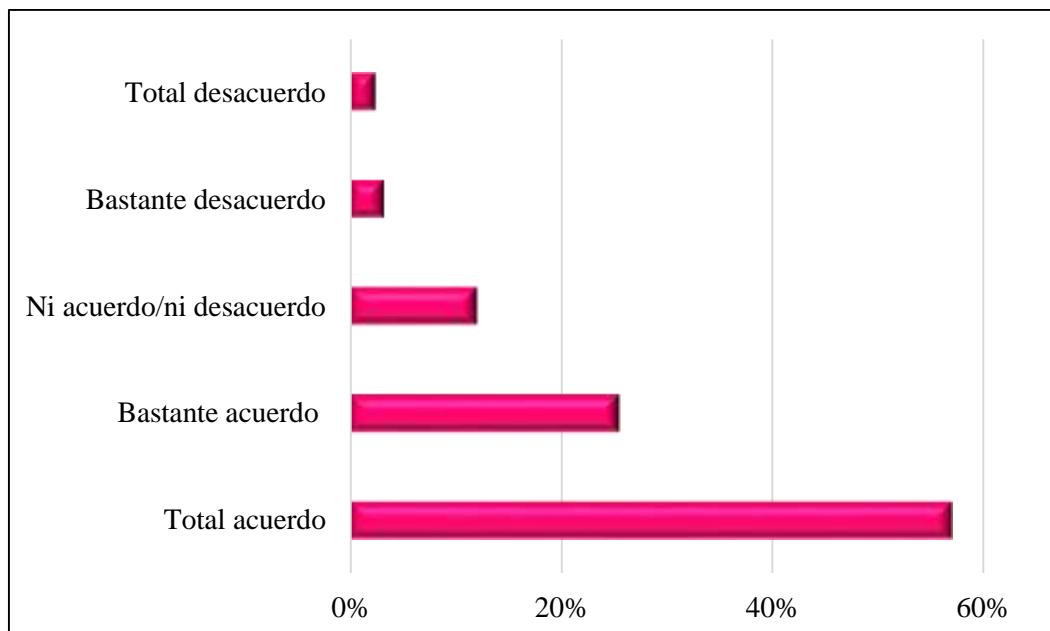


Gráfico 30.- Pregunta 16.2 Pre. La parte más ancha del pie debe coincidir con la más ancha del calzado

El gráfico 31 muestra que muchos de los escolares están totalmente de acuerdo en que el material del calzado debe ser transpirable.

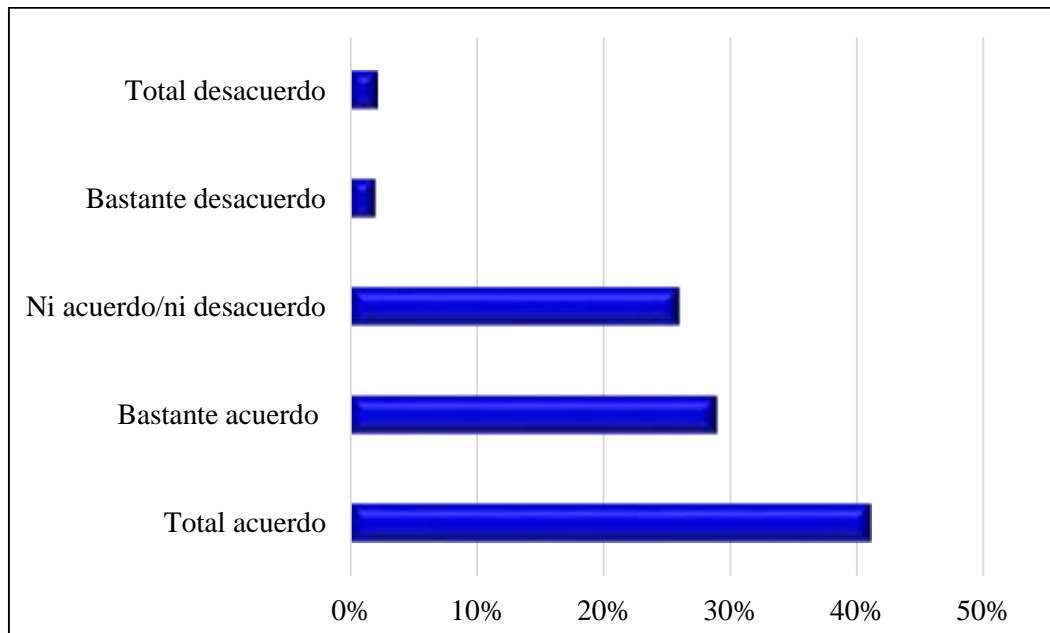


Gráfico 31.- Preguntar 16.3 Pre. El material del calzado debe ser transpirable

La mayoría de los escolares están totalmente de acuerdo en que el calzado debe estar sujeto con cordones o velcros (véase gráfico 32).

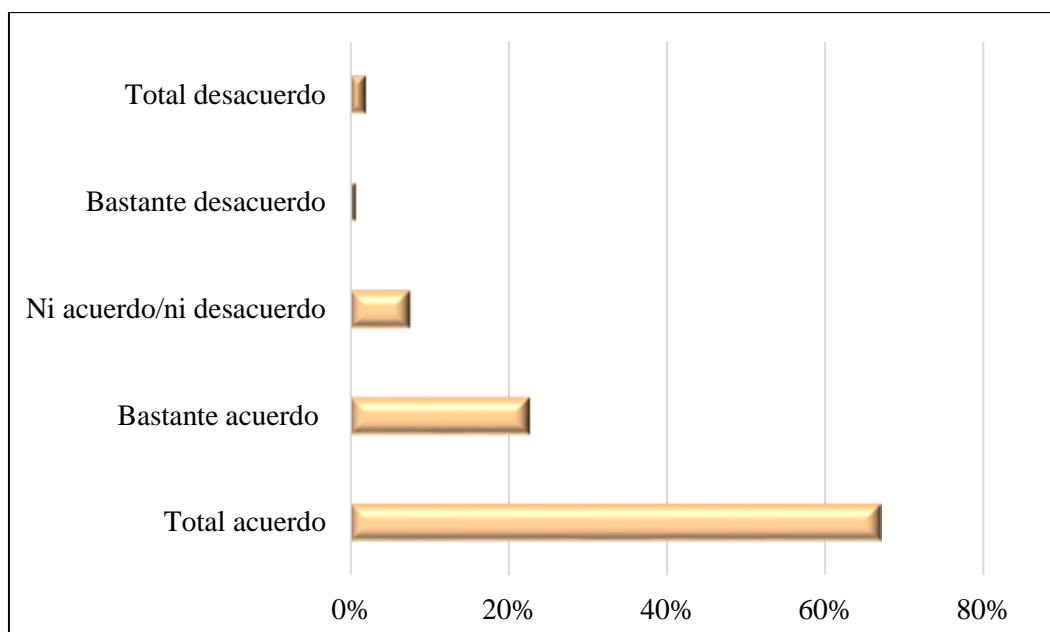


Gráfico 32.- Preguntar 16.4 Pre. El calzado debe estar sujeto con cordones o velcros

En el gráfico 33 se muestra que los escolares están en total desacuerdo en que la suela del calzado debe tener dibujos.

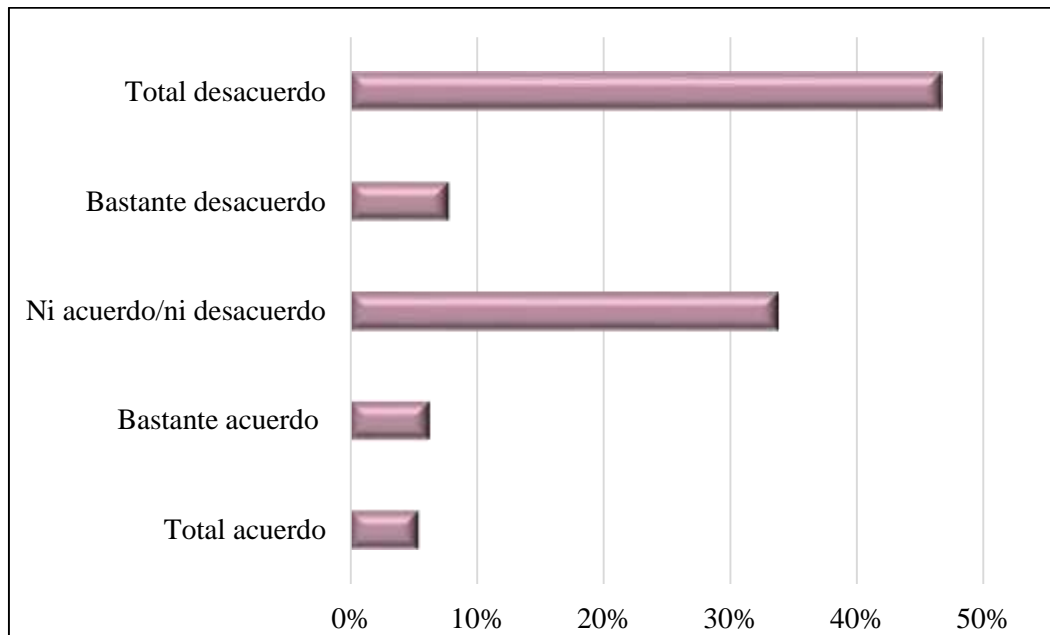


Gráfico 33.- Pregunta 16.5 Pre. La suela debe tener dibujos

Los escolares no están ni en acuerdo ni en desacuerdo en que la altura del tacón del calzado debe medir 2 cm (véase gráfico 34).

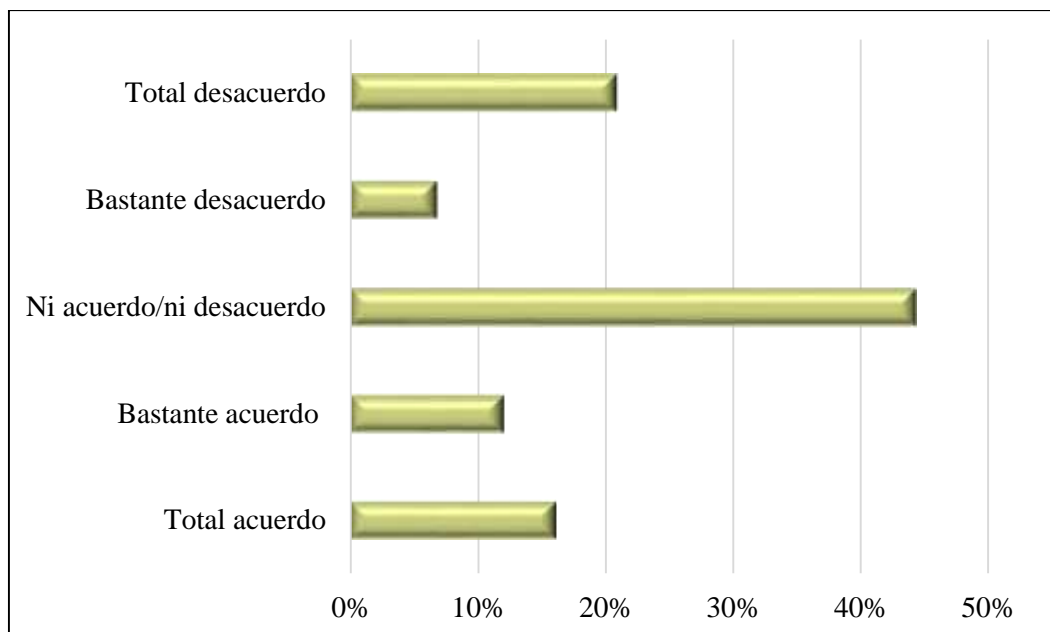


Gráfico 34.- Pregunta 16.6 Pre. El tacón debe medir 2 cm

En el gráfico 35 se muestra que la mayoría de los escolares acudirían a una actividad para aprender sobre el cuidado de los pies.

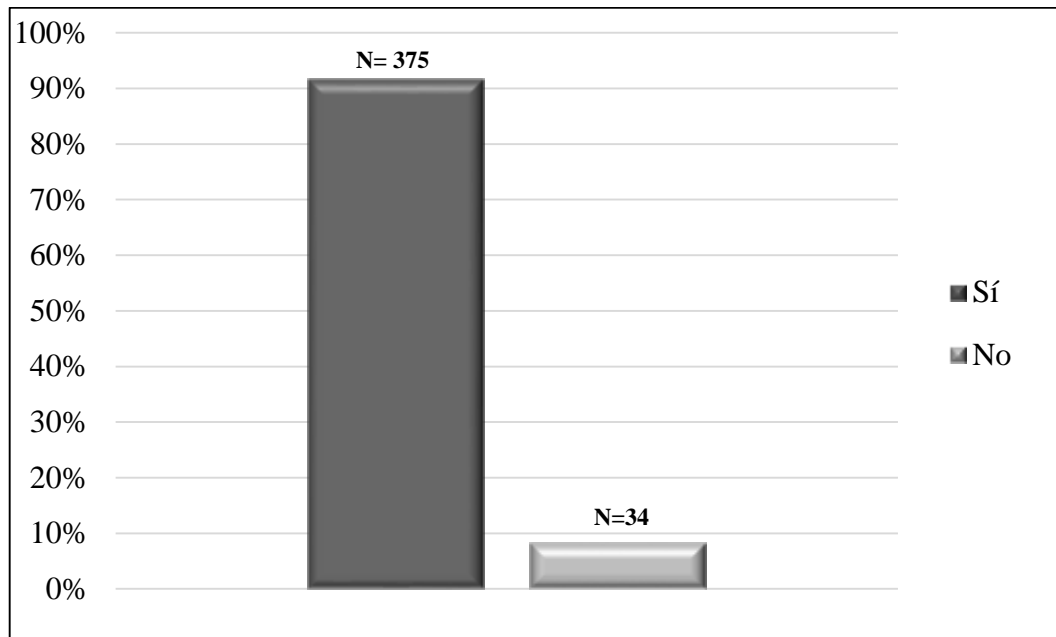


Gráfico 35.- Pregunta 17 Pre. Acudirías a una actividad para aprender sobre el cuidado de los pies

Los escolares prefieren los juegos como método para aprender sobre el cuidado de los pies (véase gráfico 36).

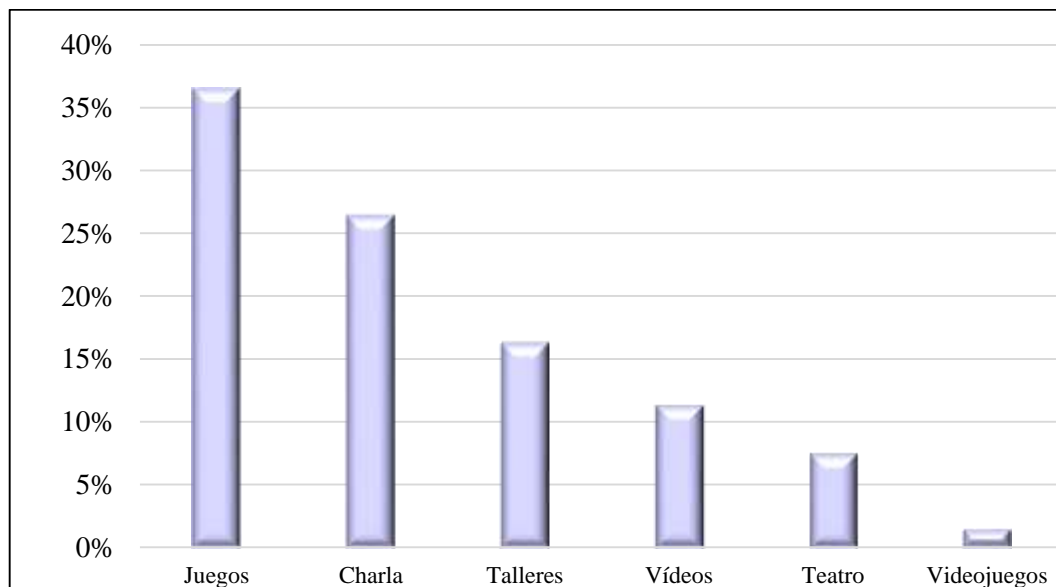


Gráfico 36.- Pregunta 18 Pre. Método con que te gustaría aprender para saber cuidarte los pies

En el gráfico 37 puede observarse que los escolares del CEIP Arias Montano prefieren los juegos como método educativo para aprender sobre el cuidado de los pies, con una significación estadística menor de 0,001.

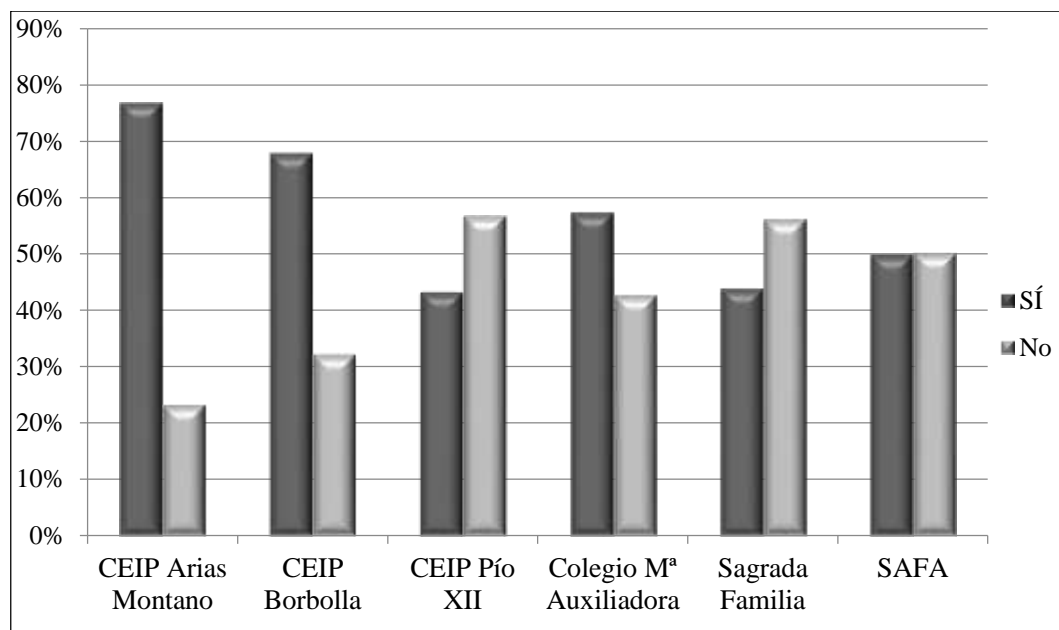


Gráfico 37.- Centro educativo / Juegos

El gráfico 38 ilustra que los escolares del CEIP Borbolla prefieren la charla como método educativo para aprender sobre el cuidado de los pies, con una significación estadística menor de 0,001.

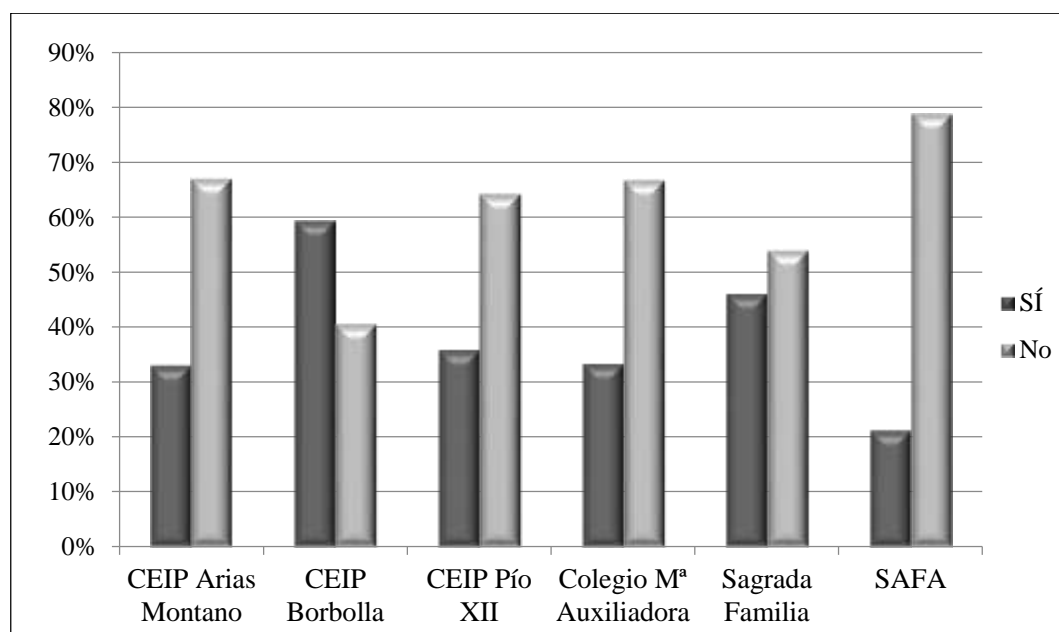


Gráfico 38.- Centro educativo/Charla

Los escolares del CEIP Borbolla son los que han visitado al Podólogo más de dos veces, existe una significación estadística de 0,019 (véase gráfico 39).

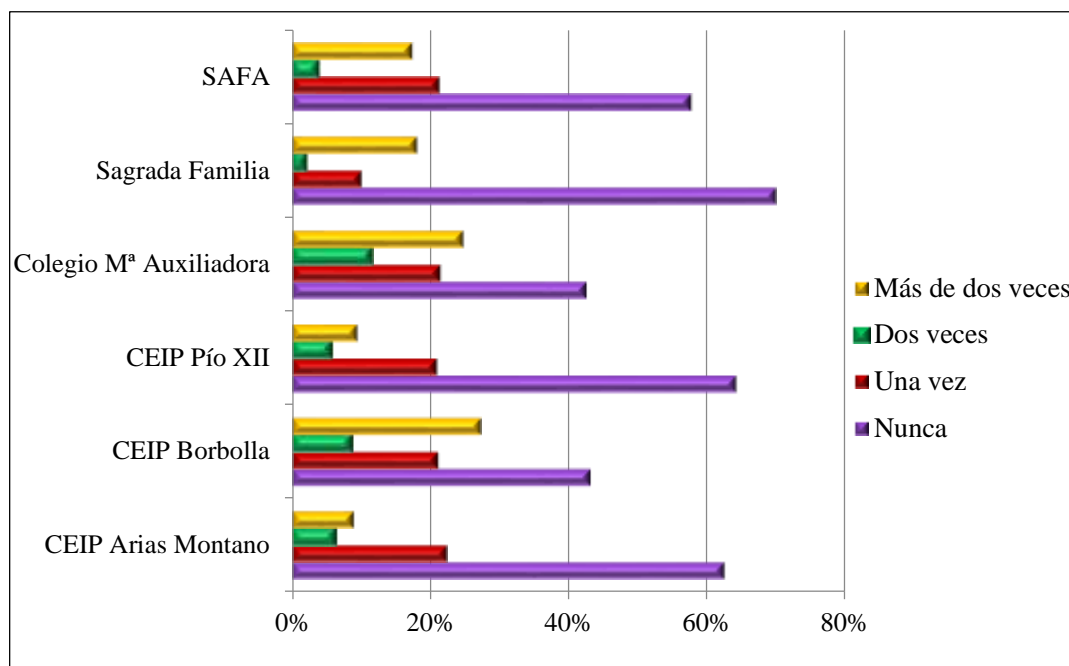


Gráfico 39.- Centro educativo/ Pregunta 3 Pre. Visitas al Podólogo

Una mayoría de los escolares del Colegio Sagrada Familia no necesitan ayuda para el cuidado de sus pies, con una significación estadística de 0,019 (véase gráfico 40).

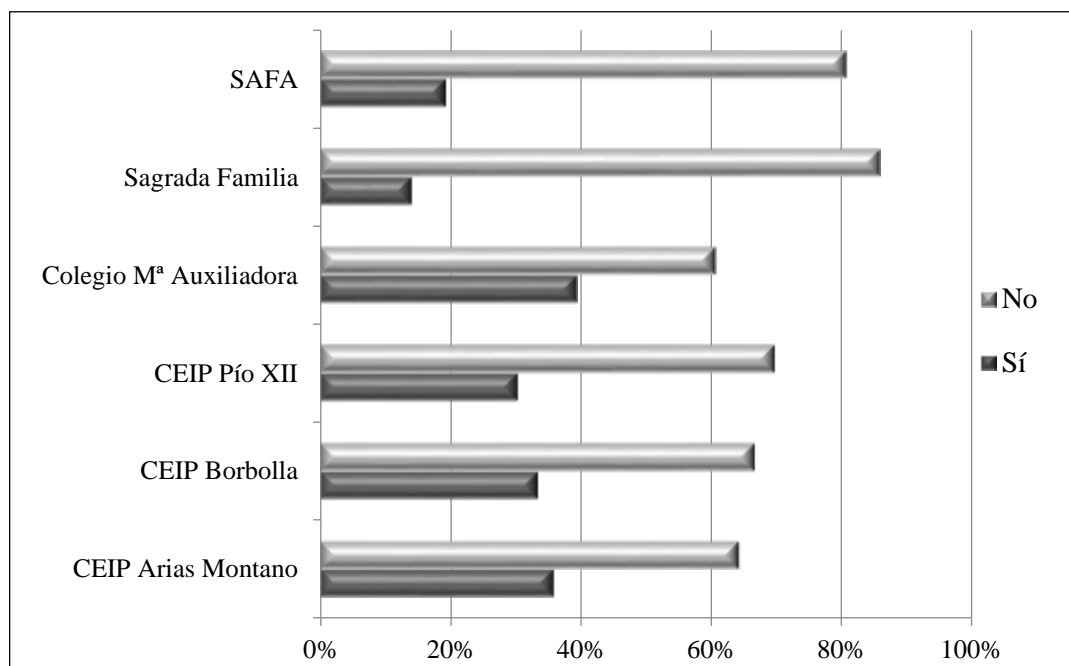


Gráfico 40.- Centro educativo/ Pregunta 7 Pre. Necesidad de ayuda para cuidarse los pies

Una mayoría de los escolares del CEIP Pío XII están totalmente de acuerdo en que el corte de las uñas de los pies debe ser recto, con una significación estadística de 0,030 (véase gráfico 41).

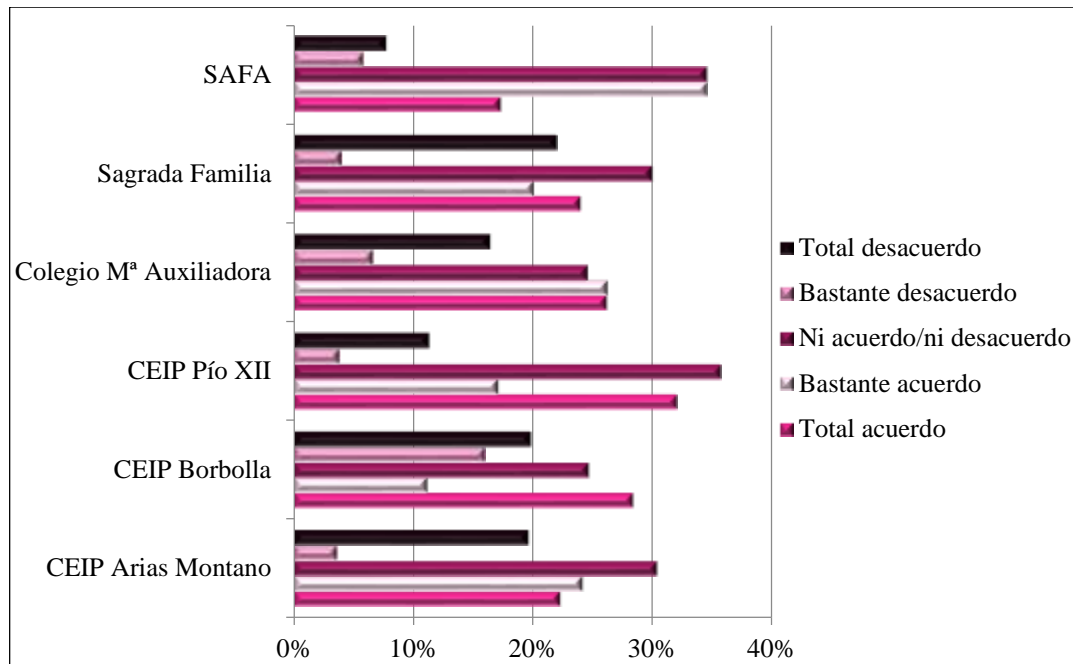


Gráfico 41.- Centro educativo/ Pregunta 8.5 Pre. El corte de las uñas de los pies debe ser recto

En el gráfico 42 se muestra que la mayoría de los escolares de la Sagrada Familia eligen el calzado por moda, existe una significación estadística de 0,027.

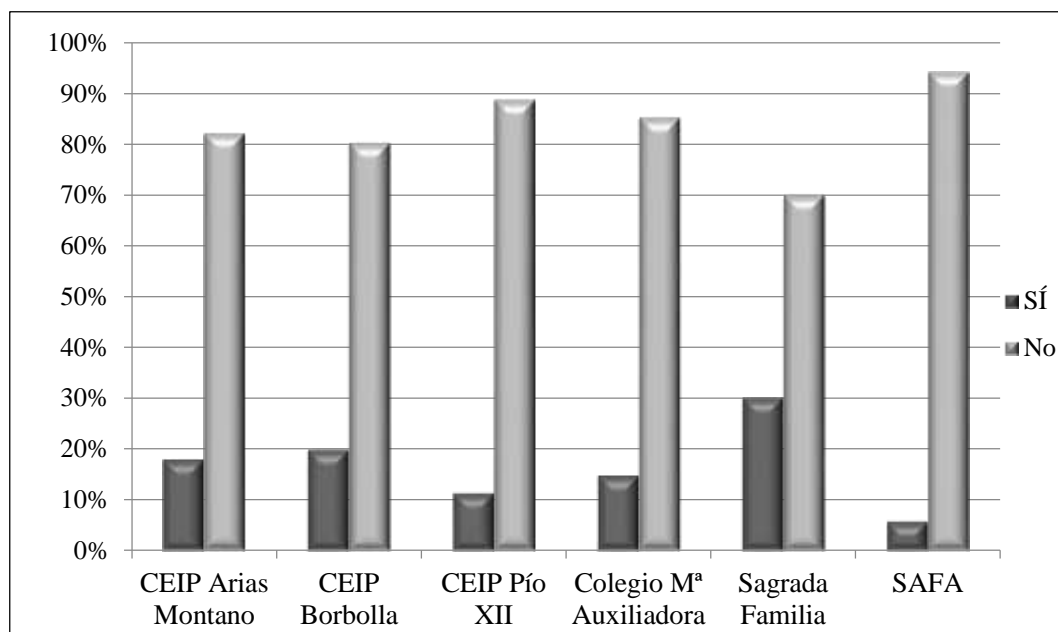


Gráfico 42.- Centro educativo/ Pregunta 13.1 Pre. Moda

La mayoría de los escolares del CEIP Borbolla tienen en cuenta el diseño y el precio como criterio de elección del calzado, ambos con una significación estadística menor de 0,001 (véase gráfico 43 y 44 respectivamente).

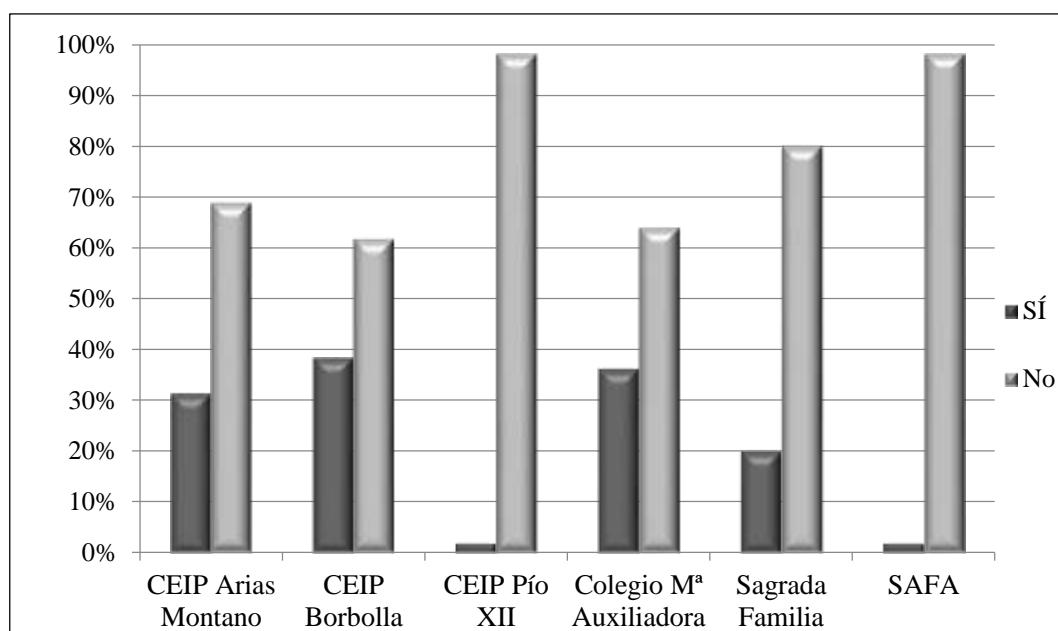


Gráfico 43.- Centro educativo/ Pregunta 13.2 Pre. Diseño

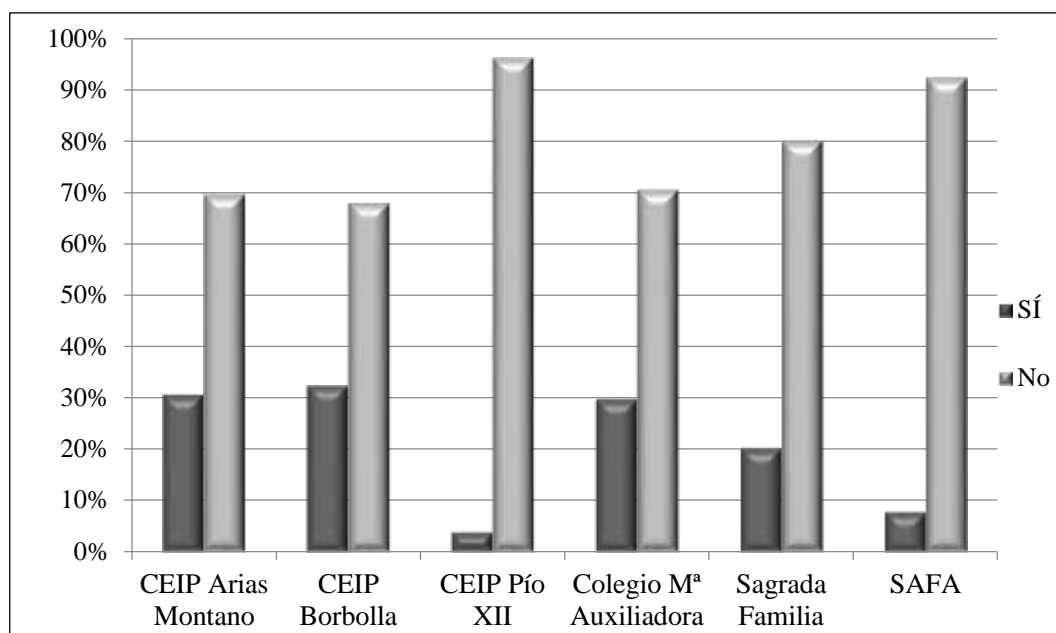


Gráfico 44.- Centro educativo/ Pregunta 13.3 Pre. Precio

En el gráfico 45 se puede observar que los escolares del centro educativo Sagrada Familia son los que presentan un mayor porcentaje en la opción de que siempre hay que consultar al Podólogo por el tipo de calzado adecuado para practicar deporte, con una significación estadística de 0,010.

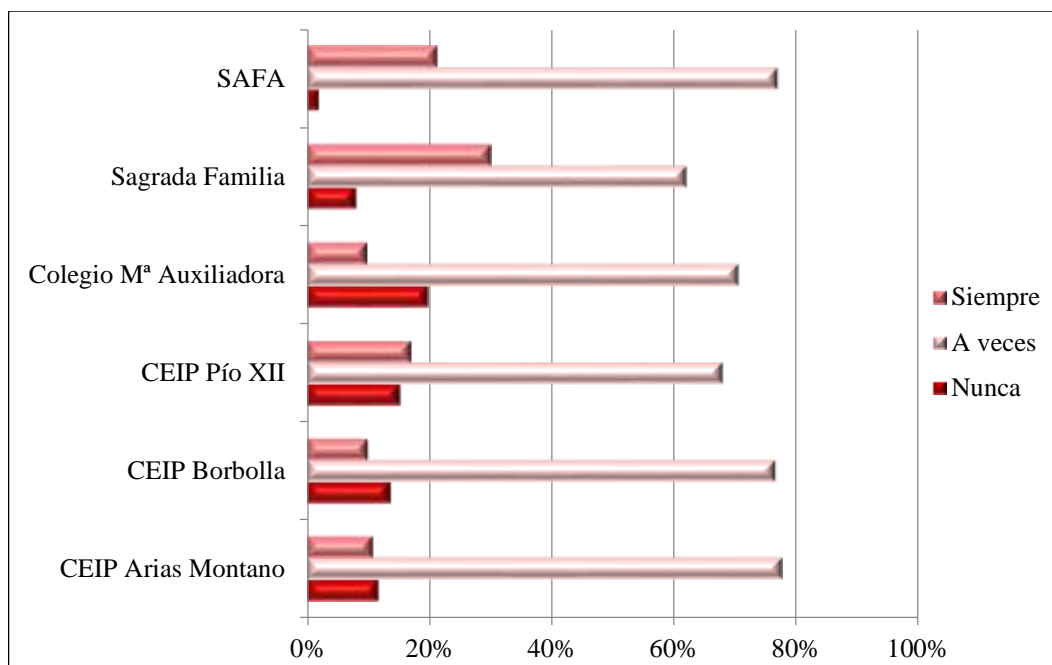


Gráfico 45.- Centro educativo/ Pregunta 15 Pre. Consultar al Podólogo por el calzado adecuado para practicar deporte

En el gráfico 46 se puede observar que la mayoría de los escolares del SAFA no están ni en acuerdo ni en desacuerdo en que el tacón debe medir 2 cm, con una significación estadística de 0,001

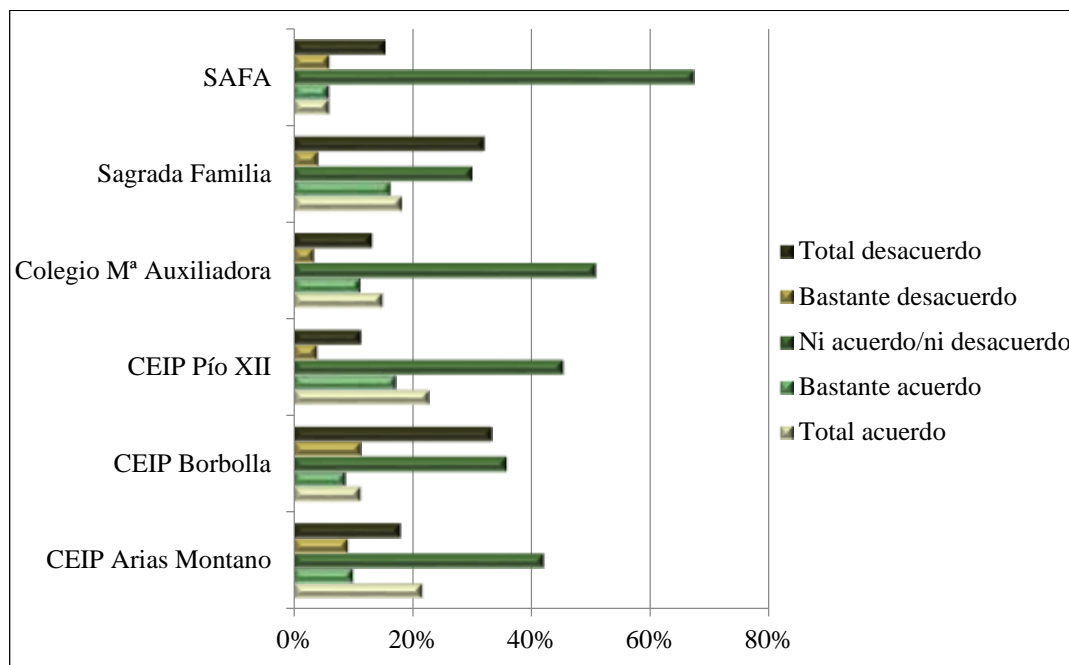


Gráfico 46.- Centro educativo/Pregunta 16.6 Pre. El tacón debe medir 2 cm

En el gráfico 47 podemos observar que la mayoría de los escolares de 6° de Primaria han ido dos veces al Podólogo, existe una significación estadística de 0,035.

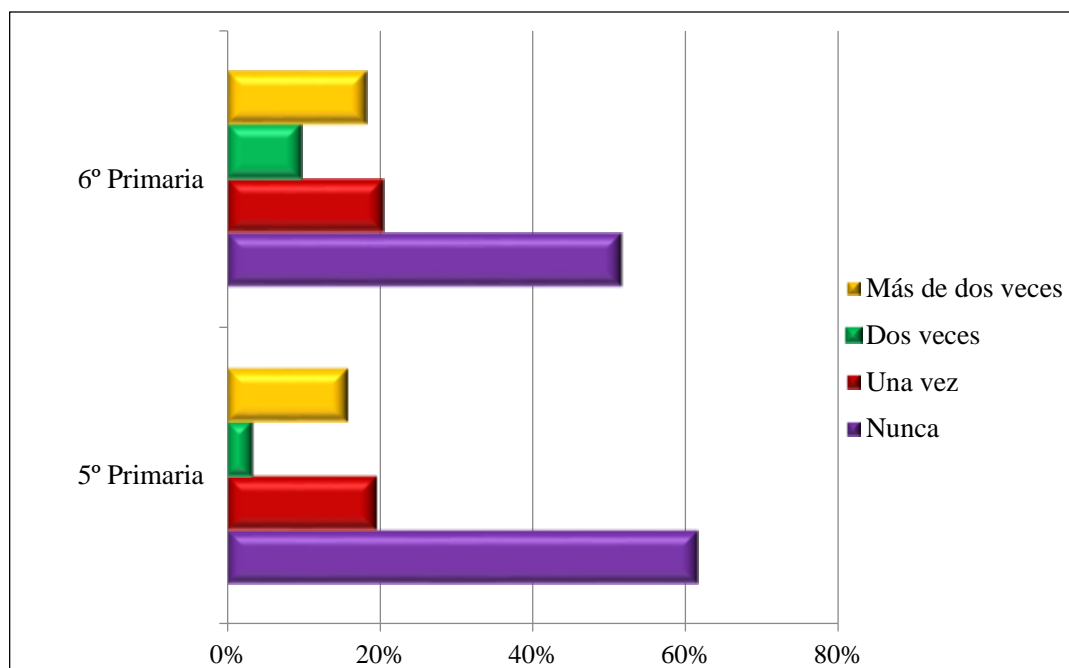


Gráfico 47.- Curso escolar /Pregunta 3 Pre. Visitas al Podólogo

Los escolares de 5° de Primaria son los que necesitan más ayuda para el cuidado de los pies, con una significación estadística de 0,025 (véase gráfico 48).

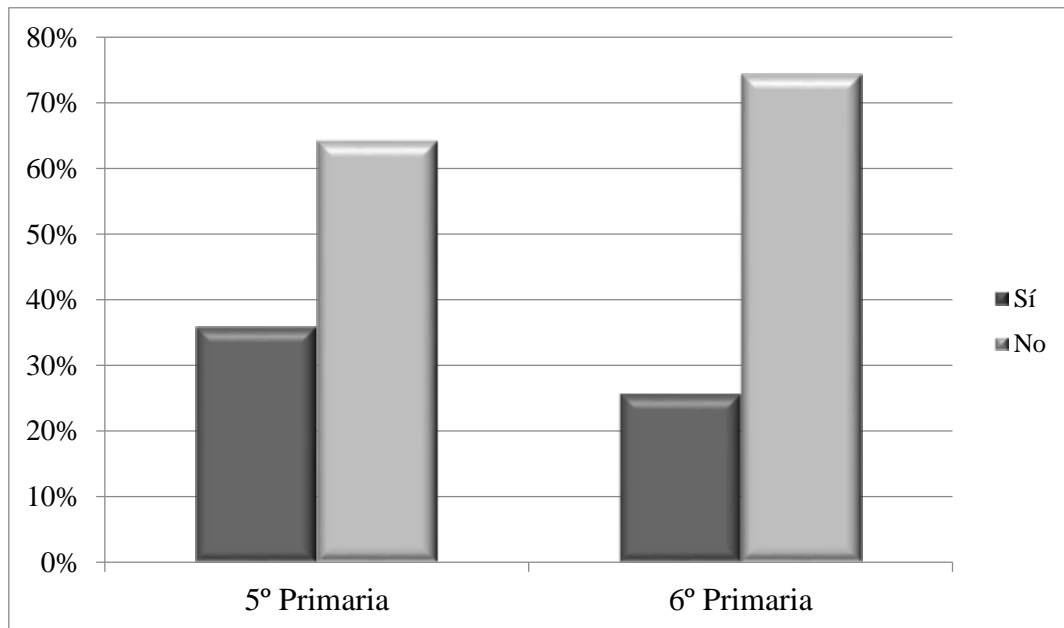


Gráfico 48.- Curso escolar/Pregunta 7 Pre. Necesidad de ayuda para cuidarse los pies

La mayoría de los escolares de 6° de Primaria conocen el nombre de alguna enfermedad en los pies, con una significación estadística de 0,005 (véase gráfico 49).

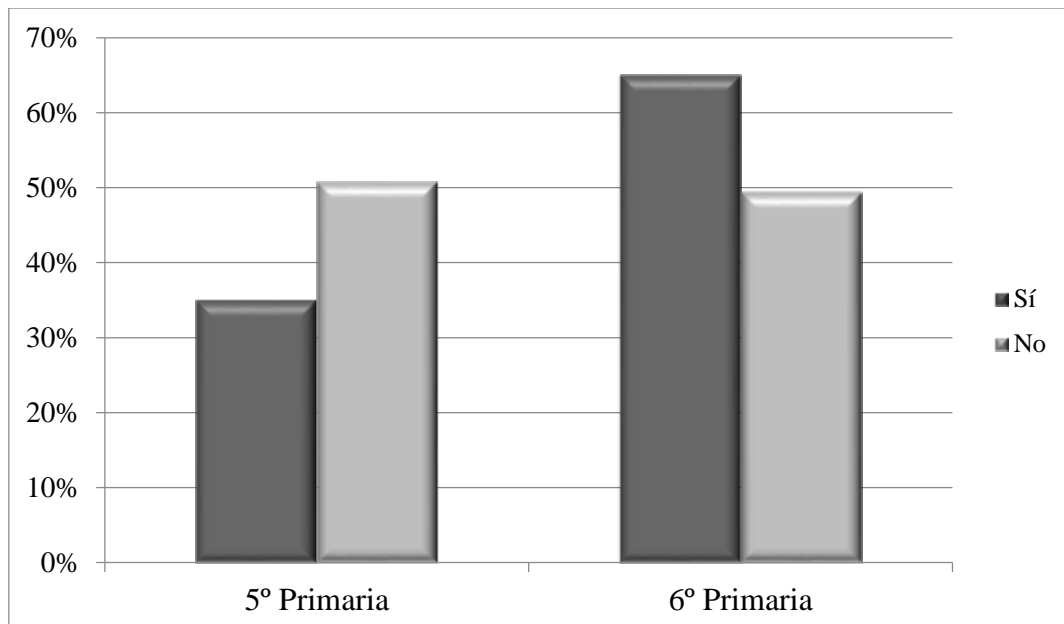


Gráfico 49.- Curso escolar/Pregunta 9 Pre. Conocimiento nombre enfermedades en el pie

En el gráfico 50 se puede observar que la mayoría de los escolares de 6° de Primaria no están en acuerdo ni en desacuerdo en que el tacón debe medir 2 cm, con una significación estadística de 0,009.

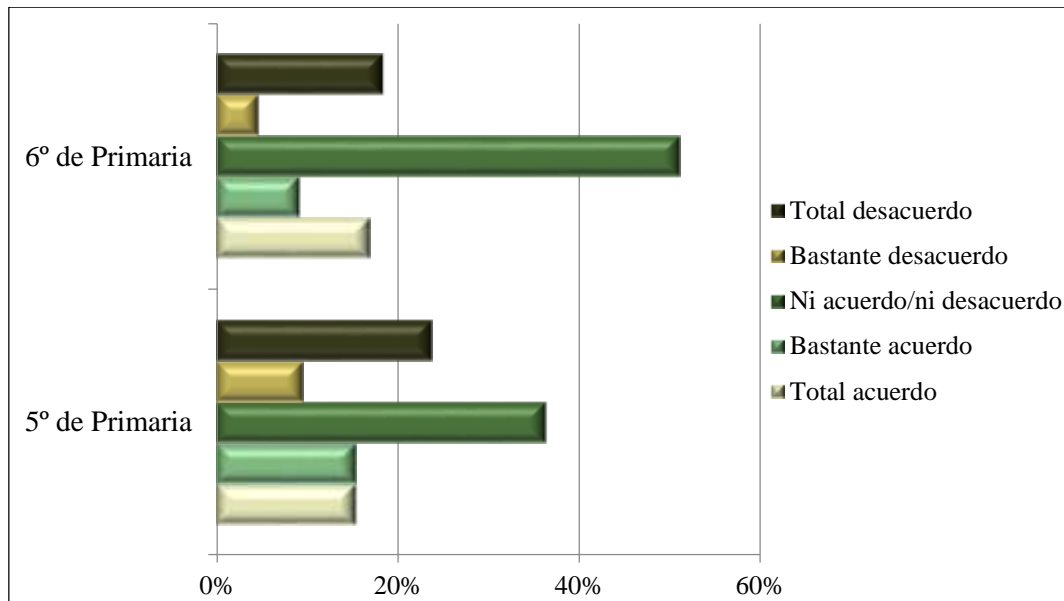


Gráfico 50.- Curso escolar/Pregunta 16.6 Pre. El tacón debe medir 2 cm

En el gráfico 51 se muestra que la mayoría de las mujeres tienen conocimiento sobre la figura y funciones del Podólogo, con una significación estadística de 0,038.

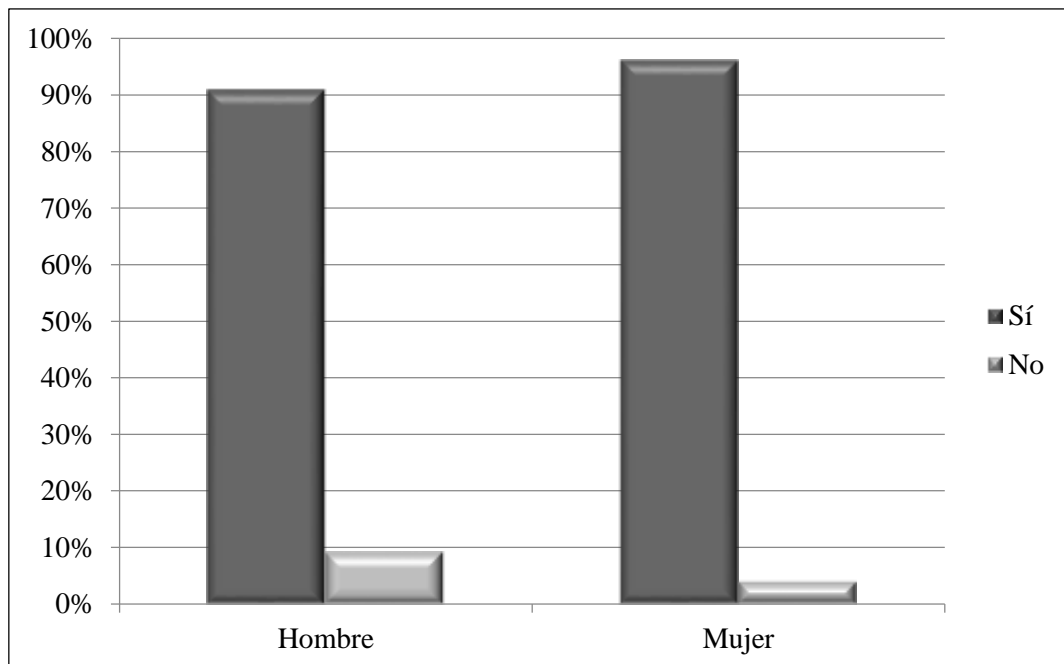


Gráfico 51.- Sexo/ Pregunta 2 Pre. Conocimiento figura del Podólogo

En el gráfico 52 se observa que la mayoría de las mujeres no se muestran ni en acuerdo ni en desacuerdo en que el corte de las uñas de los pies debe ser recto, con una significación estadística de 0,046.

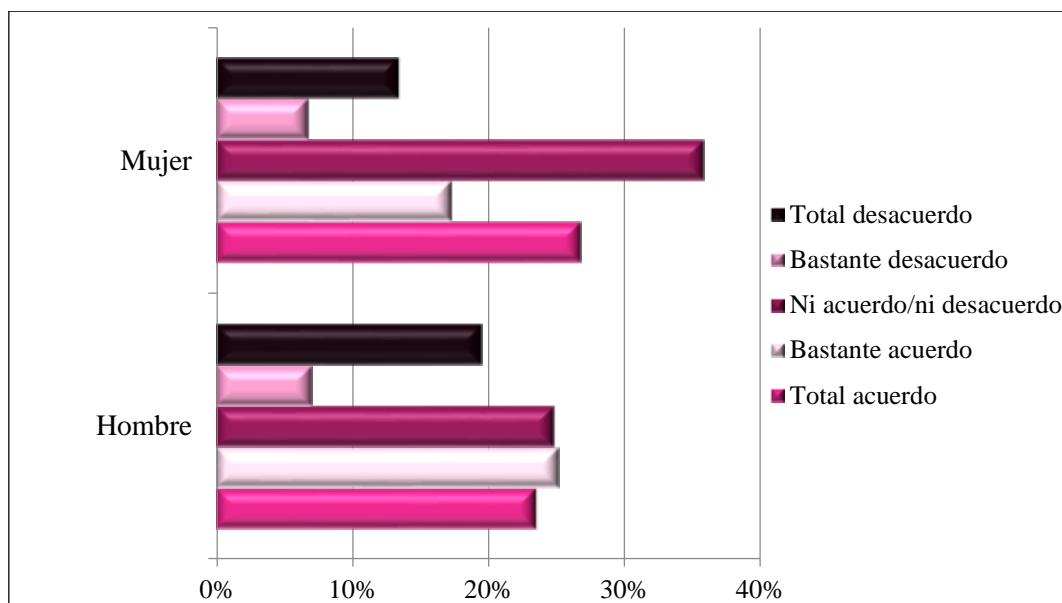


Gráfico 52.- Sexo/ Pregunta 8.5 Pre. El corte de las uñas de los pies debe ser recto

En el gráfico 53 se muestra que una mayoría de los hombres no están ni en acuerdo ni en desacuerdo con aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies, con una significación estadística menor de 0,001.

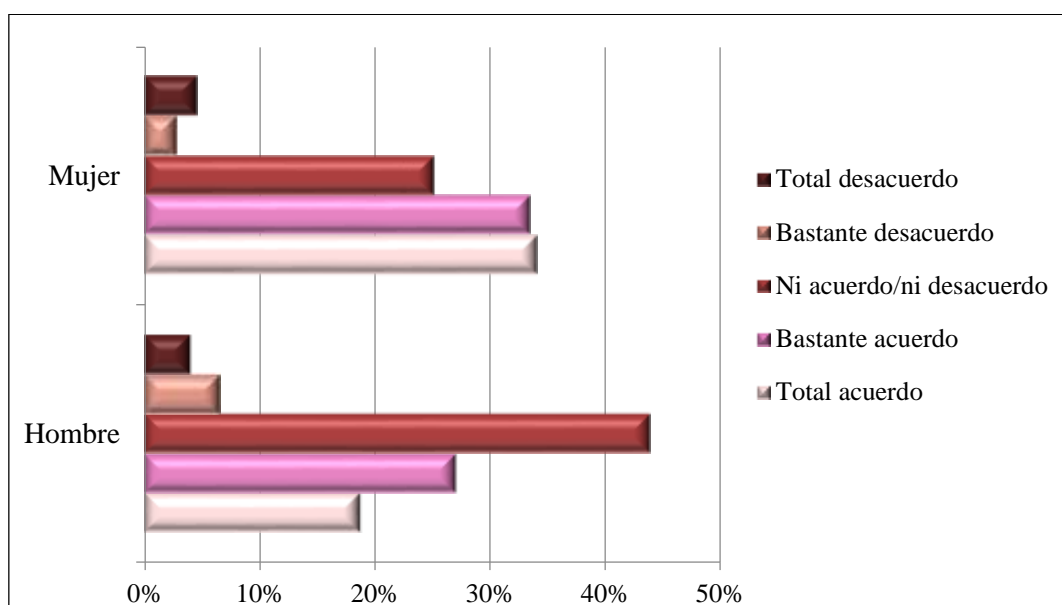


Gráfico 53.- Sexo/ Pregunta 8.6 Pre. Aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies

La mayoría de las mujeres eligen el calzado por moda, existe una significación estadística de 0,019 (véase gráfico 54).

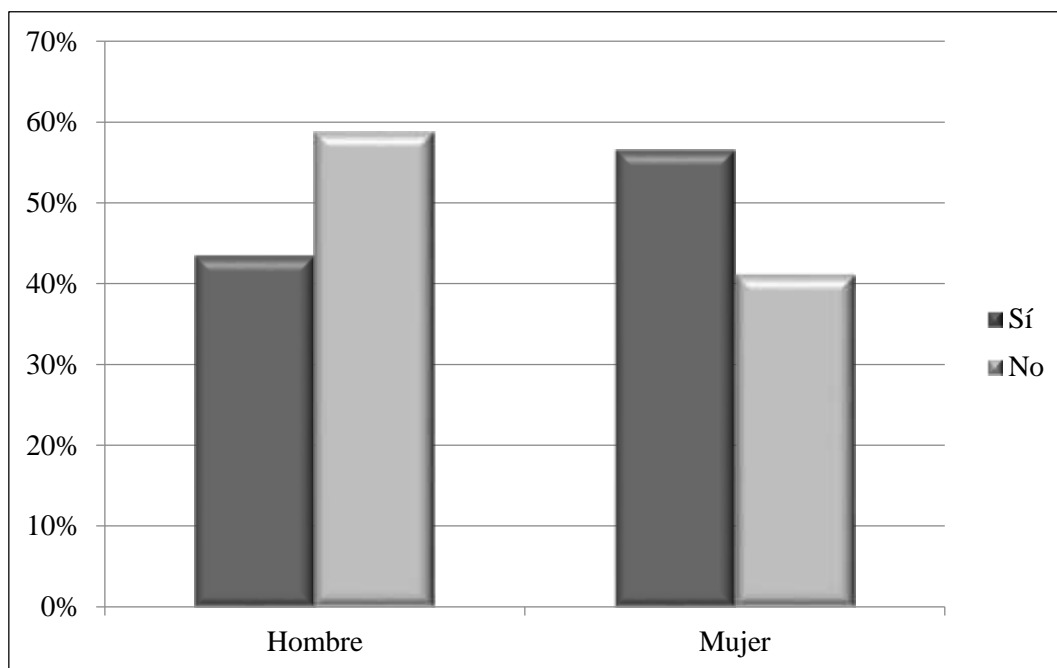


Gráfico 54.- Sexo/ Pregunta 13.1 Pre. Moda

Las mujeres prefieren los talleres como método educativo para aprender sobre el cuidado de los pies, con una significación estadística de 0,005 (véase gráfico 55).

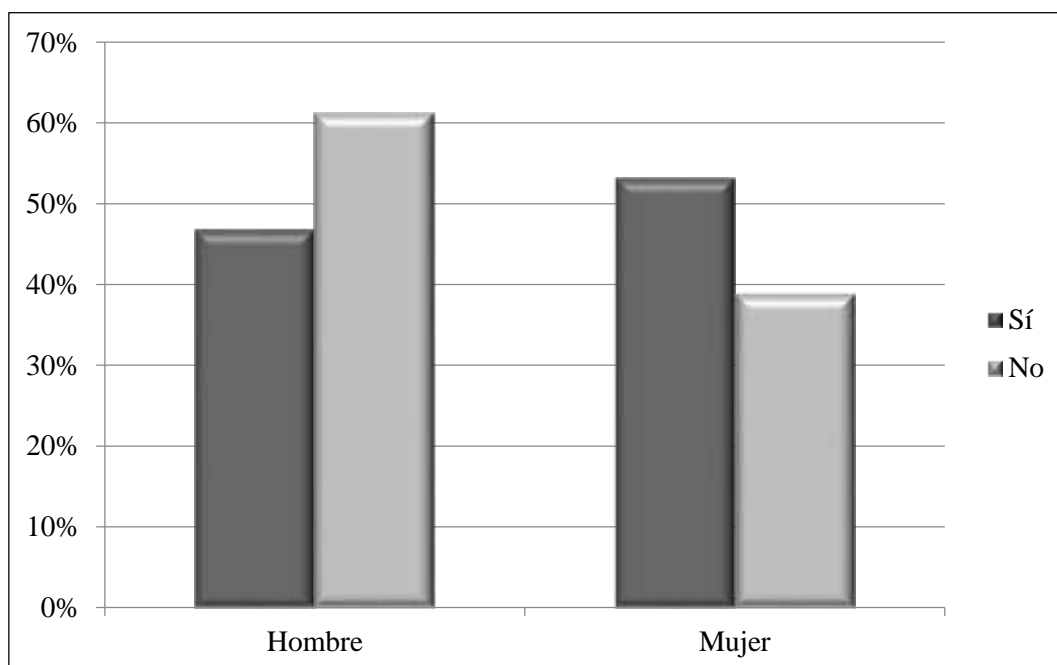


Gráfico 55.- Sexo/ Pregunta 18 Pre. Talleres como método educativo para aprender sobre el cuidado de los pies

Los hombres prefieren los vídeos como método educativo para aprender sobre el cuidado de los pies, con una significación estadística de 0,037 (véase gráfico 56).

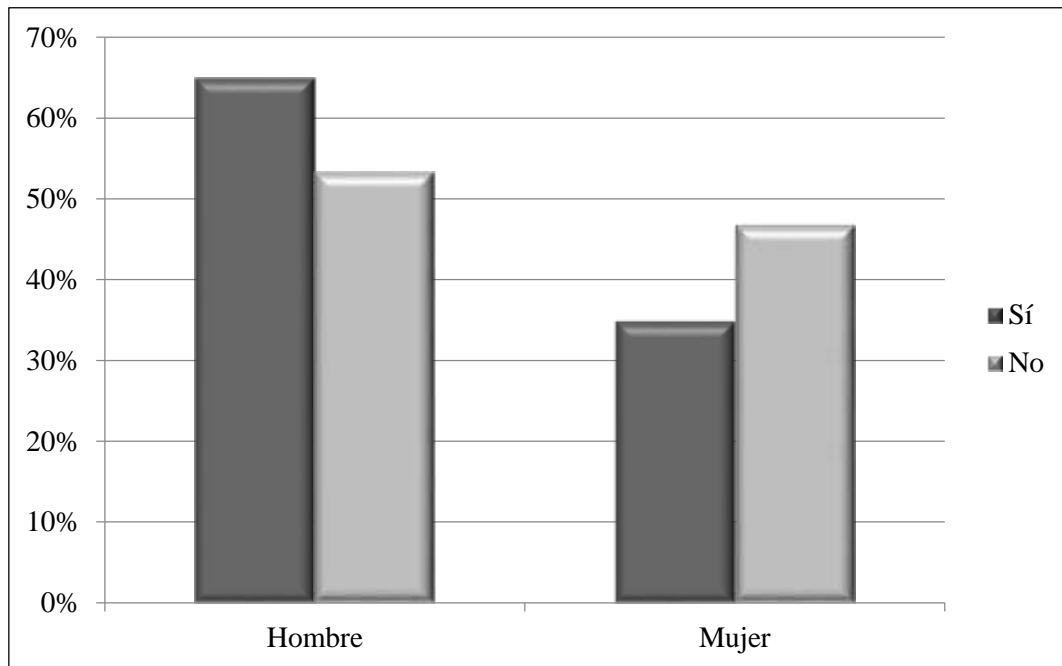


Gráfico 56.- Sexo/ Pregunta 18 Pre. Vídeos como método educativo para aprender sobre el cuidado de los pies

El gráfico 57 muestra que el mayor porcentaje de escolares que consultaría al Podólogo por el calzado adecuado para practicar deporte se da en los escolares que sí han recibido información sobre cómo cuidarse los pies, con una significación estadística de 0,037.

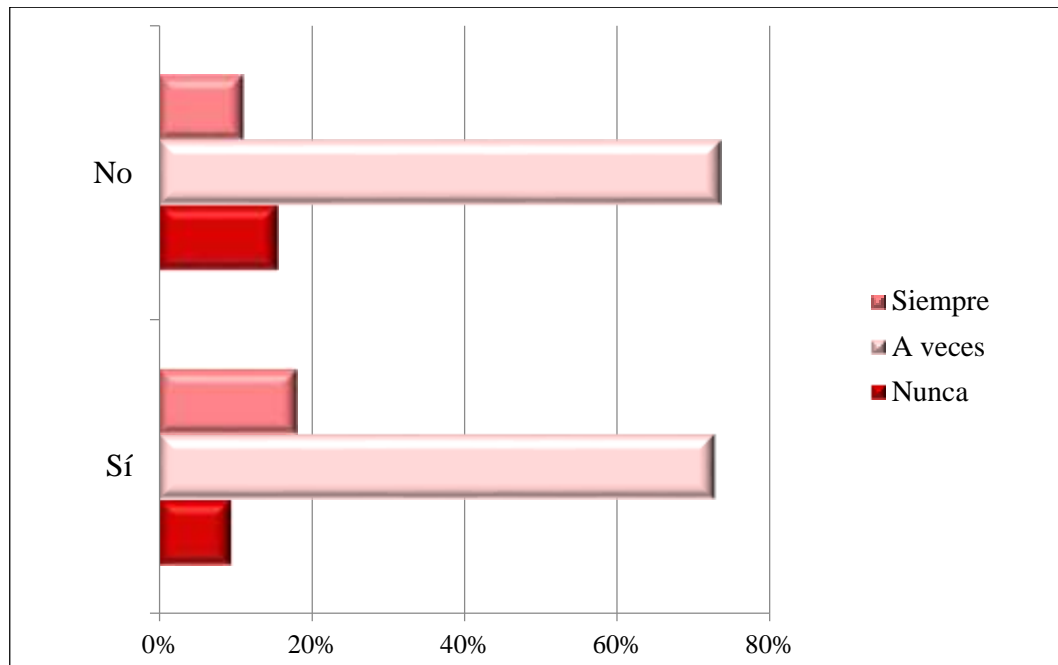


Gráfico 57.- Pregunta 5 Pre. Información sobre cómo cuidarte los pies/ Pregunta 15 Pre. Consultar al Podólogo por el calzado adecuado para practicar deporte

La mayoría de los escolares que no han recibido información sobre el cuidado de los pies están bastante en desacuerdo en que caminar descalzo en sitios públicos es perjudicial, con una significación estadística de 0,029 (véase gráfico 58).

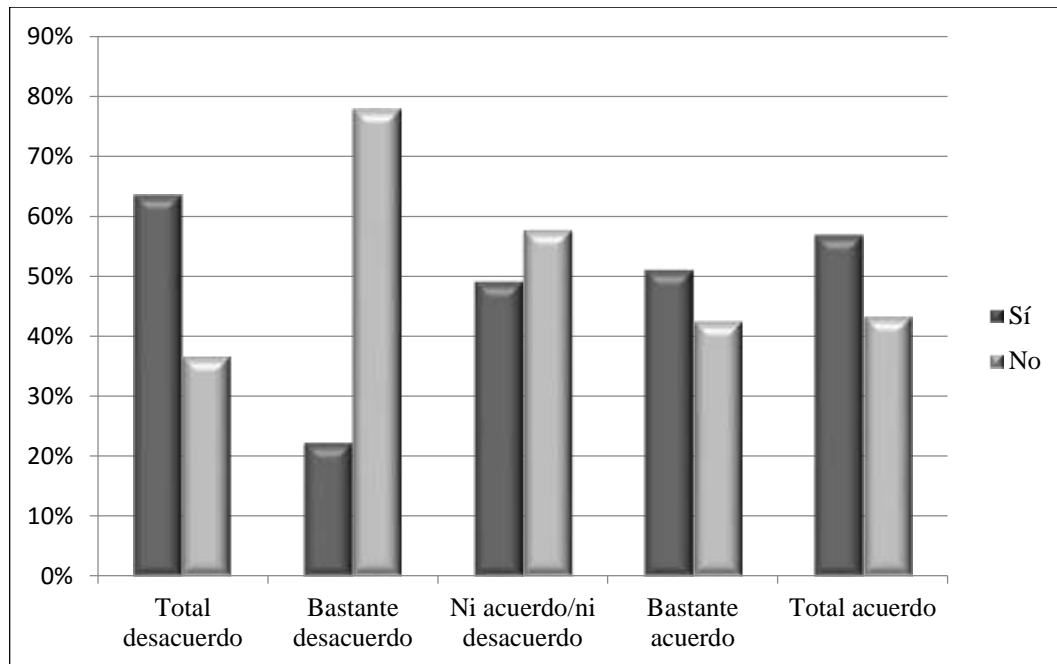


Gráfico 58.- Pregunta 5 Pre. Información sobre cómo cuidarte los pies/ Pregunta 11.1 Pre. Caminar descalzo en sitios públicos es perjudicial

La tabla 20 muestra que los escolares que han recibido información sobre el cuidado de los pies necesitan ayuda para cuidárselos.

		Pregunta 7 Pre: Necesidad de ayuda para cuidarse los pies		p
		SI	NO	
Pregunta 5 Pre: Información sobre cómo cuidarte los pies	SÍ	64,5%	51,6%	0,016
	NO	35,5%	48,4%	

Tabla 20.- Relación información sobre el cuidado de los pies con necesidad de ayuda para cuidarte los pies

Los escolares que han recibido información sobre cómo cuidarse los pies son los que conocen el nombre de alguna enfermedad en los pies (véase tabla 21).

		Pregunta 9 Pre: Conocimiento nombre enfermedades del pie		p
		SI	NO	
Pregunta 5 Pre: Información cuidado de los pies	SÍ	66,7%	51,3%	0,006
	NO	33,3%	48,7%	

Tabla 21.-Información sobre el cuidado de los pies/Conocimiento nombre enfermedades del pie

En el gráfico 59 se puede observar que la mayoría de los escolares que sí consideran que es bueno utilizar el mismo calzado para caminar que para hacer algún deporte, son los que consideran que nunca hay que consultar al Podólogo por el tipo de calzado adecuado para practicar deporte, con una significación estadística de 0,046.

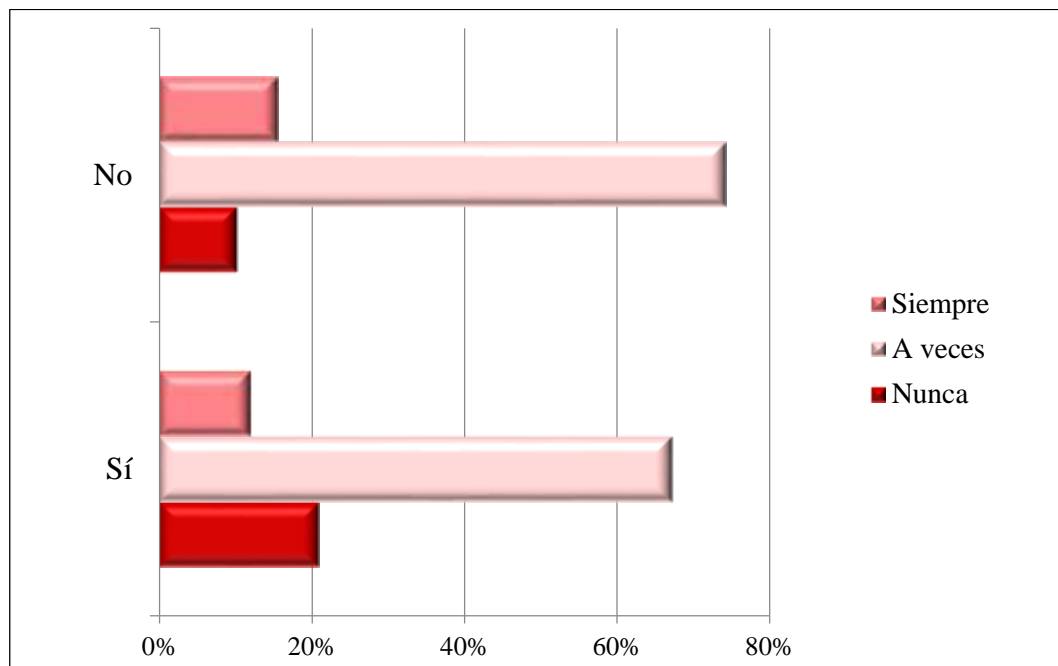


Gráfico 59.-Pregunta 14 Pre. ¿Es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer deporte?/Pregunta 15 Pre. Consultar al Podólogo por el calzado adecuado para practicar deporte

El gráfico 60 muestra que la mayoría de los escolares que han acudido dos veces al Podólogo son los que consideran que no es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer algún deporte, con una significación estadística de 0,041.

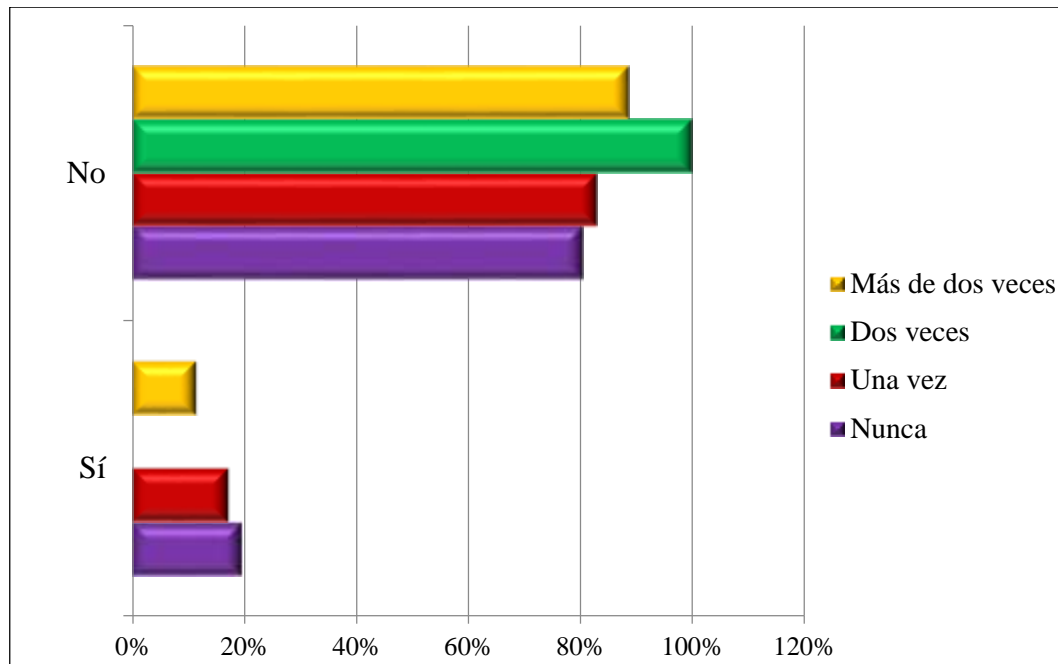


Gráfico 60.-Pregunta 3 Pre. Visitas al Podólogo /Pregunta 15 Pre. Consultar al Podólogo por el calzado adecuado para practicar deporte

La mayoría de los escolares que eligen el calzado teniendo en cuenta la comodidad consideran que a veces hay que consultar al Podólogo por el tipo de calzado adecuado para practicar un deporte, con una significación estadística de 0,027 (véase gráfico 61).

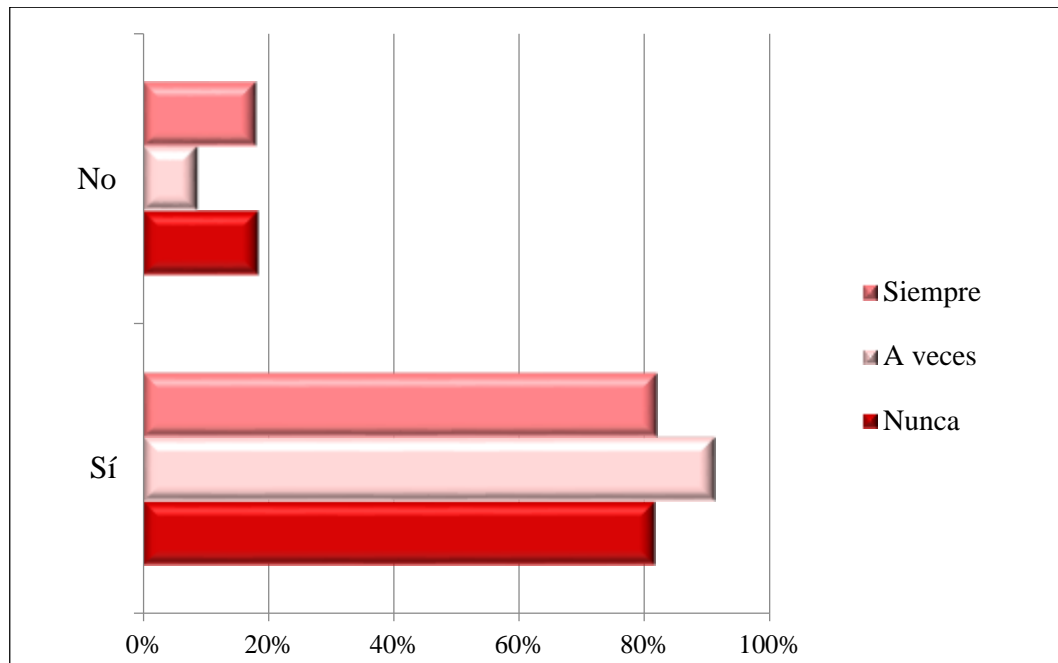


Gráfico 61.-Pregunta 13 Pre. Comodidad /Pregunta 15 Pre. Consultar al Podólogo por el calzado adecuado para practicar deporte

La tabla 22 muestra que los escolares que no necesitan ayuda para cuidarse los pies son los que no acudirían a una actividad para aprender sobre el cuidado de los pies.

		Pregunta 17 Pre: Acudirías a una actividad para aprender sobre el cuidado de los pies		p
		SI	NO	
Pregunta 7 Pre: Necesitas ayuda para cuidarte los pies	SÍ	32,3%	8,8%	0,004
	NO	67,7%	91,2%	

Tabla 22.- Necesitas ayuda para cuidarte los pies/Acudirías a una actividad para aprender sobre el cuidado de los pies

La tabla 23 muestra que la mayoría de los escolares que acudirían a una actividad para aprender sobre el cuidado de los pies, sería a un taller.

		Pregunta 18 Pre: Método educativo. Talleres		p
		SI	NO	
Pregunta 17 Pre: Acudirías a una actividad para aprender sobre el cuidado de los pies	SÍ	98,6%	88,1%	<0,001
	NO	1,4%	11,9%	

Tabla 23.-Pregunta 17 Pre. Acudirías a una actividad para aprender sobre el cuidado de los pies/Pregunta 18 Pre. Talleres

La mayoría de los escolares que no han ido nunca al Podólogo son los que no necesitan ayuda para cuidarse los pies, con una significación estadística menor de 0,001 (véase gráfico 62)

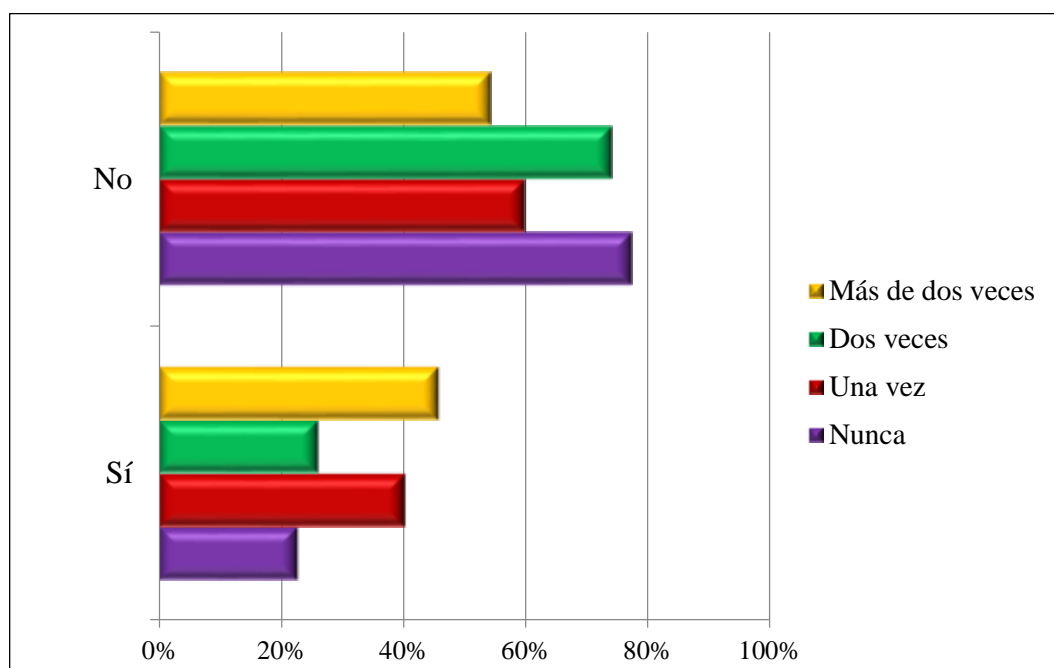


Gráfico 62.- Pregunta 3 Pre. Visitas al Podólogo/ Pregunta 7 Pre. Necesidad de ayuda para cuidarse los pies

En el gráfico 63 se muestra que la mayoría de los escolares que no han ido nunca al Podólogo son los que no han recibido información sobre cómo cuidarse los pies, con una significación estadística menor de 0,001.

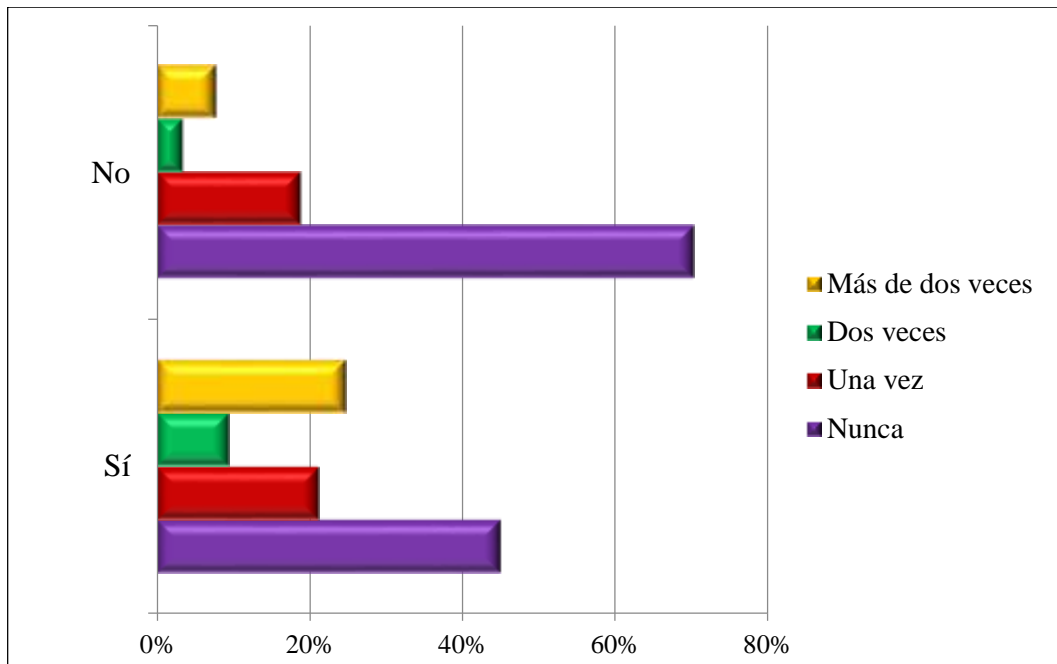


Gráfico 63.- Pregunta 3 Pre. Visitas al Podólogo/ Pregunta 5 Pre. Información sobre cómo cuidarte los pies

La mayoría de los escolares que no han ido nunca al Podólogo son los que no conocen el nombre de alguna enfermedad en los pies, con una significación estadística de 0,002 (véase gráfico 64).

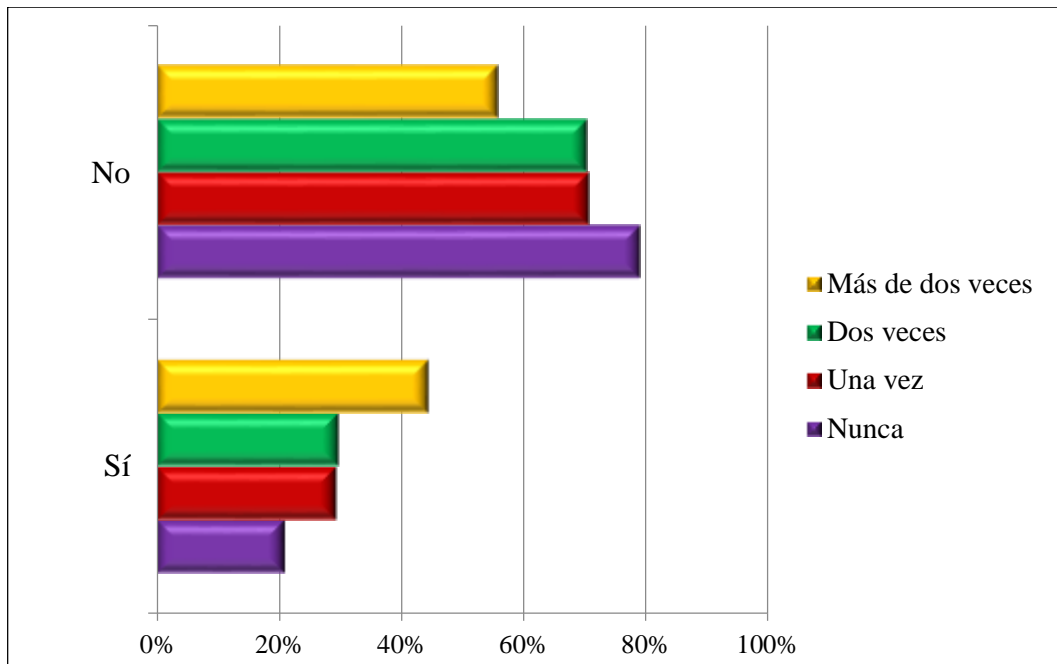


Gráfico 64.- Pregunta 3 Pre. Visitas al Podólogo/ Pregunta 9 Pre. Conocimiento del nombre de las enfermedades en los pies

6.4. Cuestionarios Post-Charla

En el gráfico 65 se puede observar que la mayoría de los escolares acudirían al Podólogo.

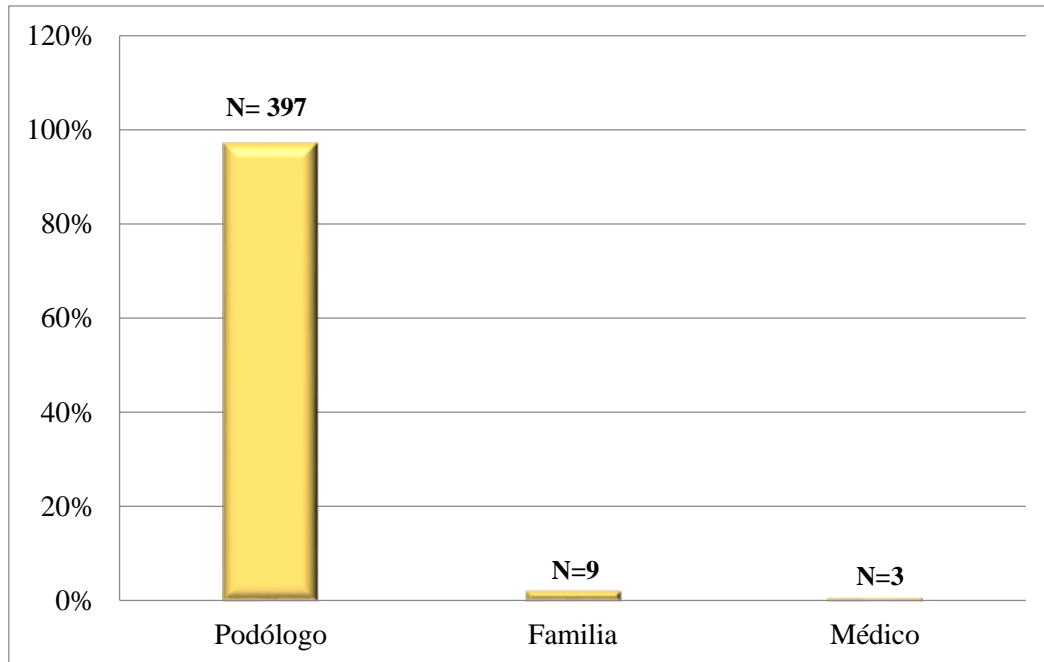


Gráfico 65.- Pregunta 1 Post. A quién acudirías para resolver un problema en tus pies

El gráfico 66 muestra que casi la totalidad de los escolares saben quién es el Podólogo.

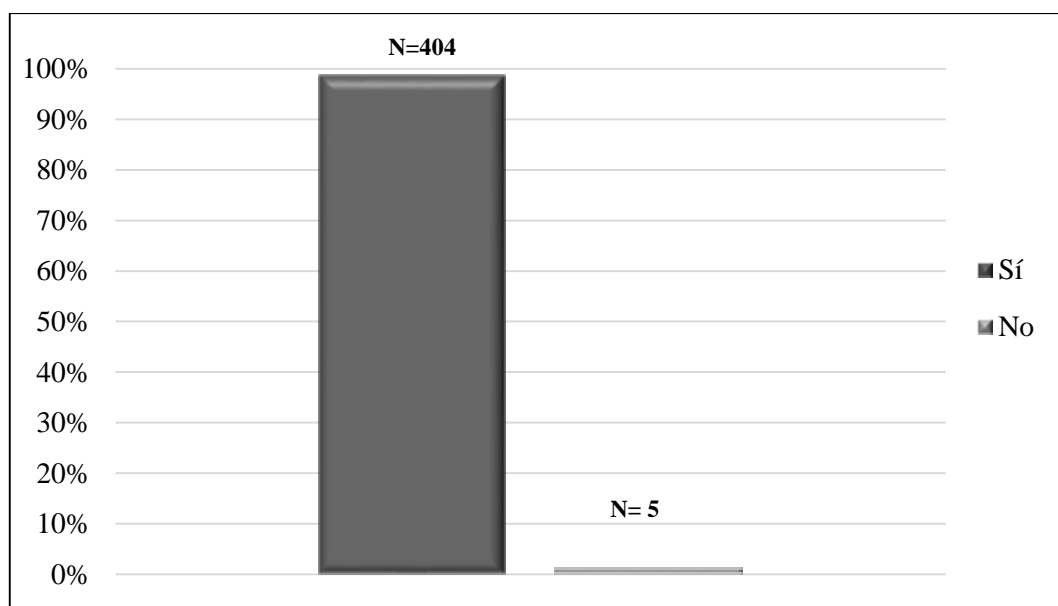


Gráfico 66.- Pregunta 2 Post. Sabes quién es el Podólogo

En el gráfico 67 se puede observar que un 23,5% de los escolares (96/408) ya han ido al Podólogo y que el 42% (172/408) de los escolares tiene intención de ir al Podólogo.

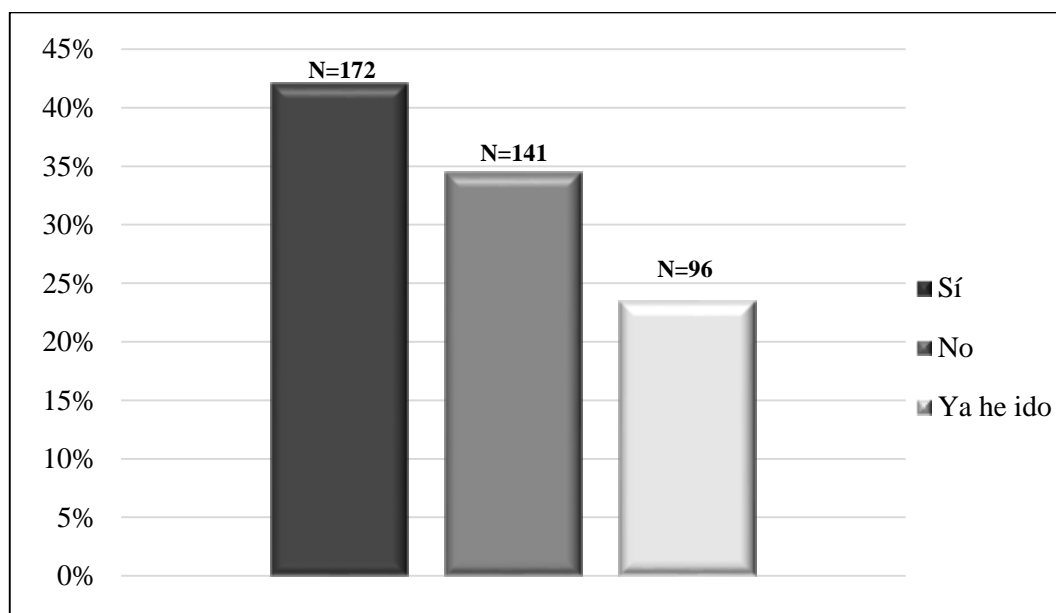


Gráfico 67.- Pregunta 3 Post. Tienes intención de ir al Podólogo

En el gráfico 68 se observa que la mayoría de los escolares han señalado la imagen que corresponde a un pie con una huella normal.

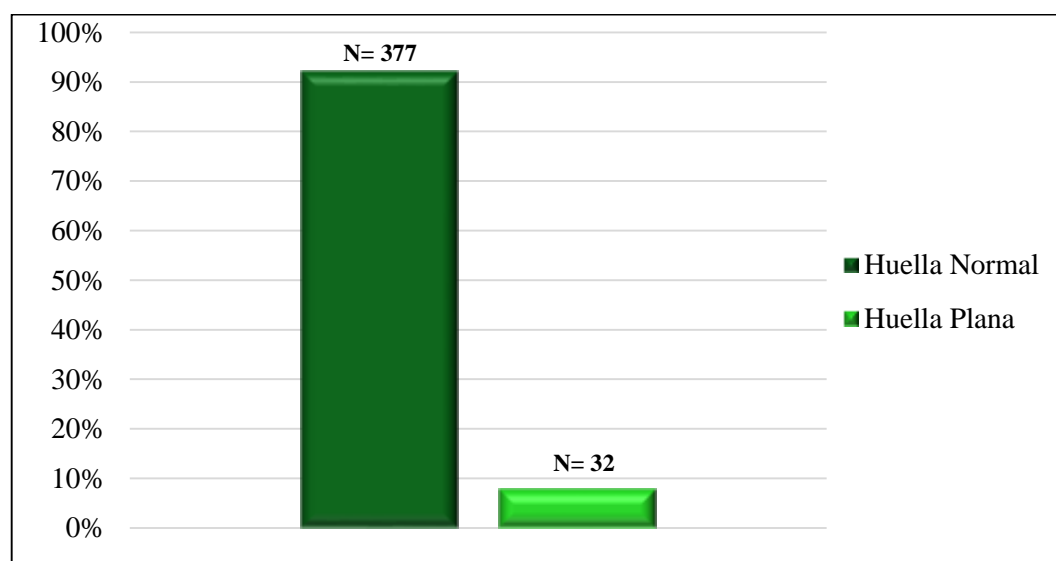


Gráfico 68.- Pregunta 4 Post. Señala la imagen que corresponde a un pie con huella normal

La mayoría de los escolares han colocado correctamente la letra en el dibujo correspondiente (A, C, B), identificando perfectamente los tres tipos de pies según la longitud de los dedos (véase gráfico 69).

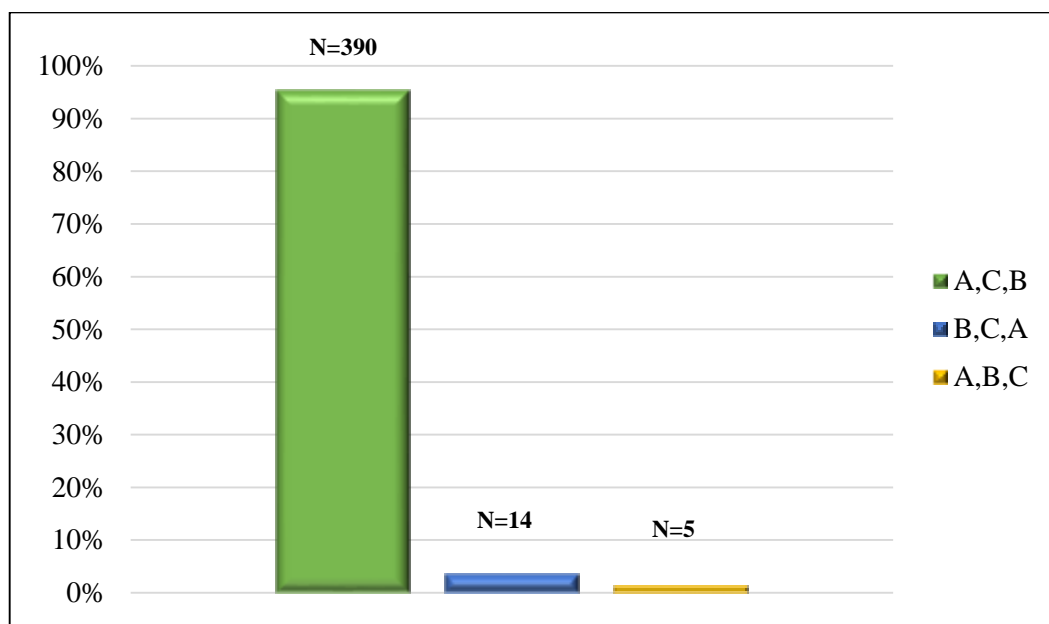


Gráfico 69.- Pregunta 5 Post. Según la longitud de los dedos hay tres tipos de pies

El gráfico 70 muestra que la mayoría de los escolares han recibido información sobre cómo cuidarse los pies.

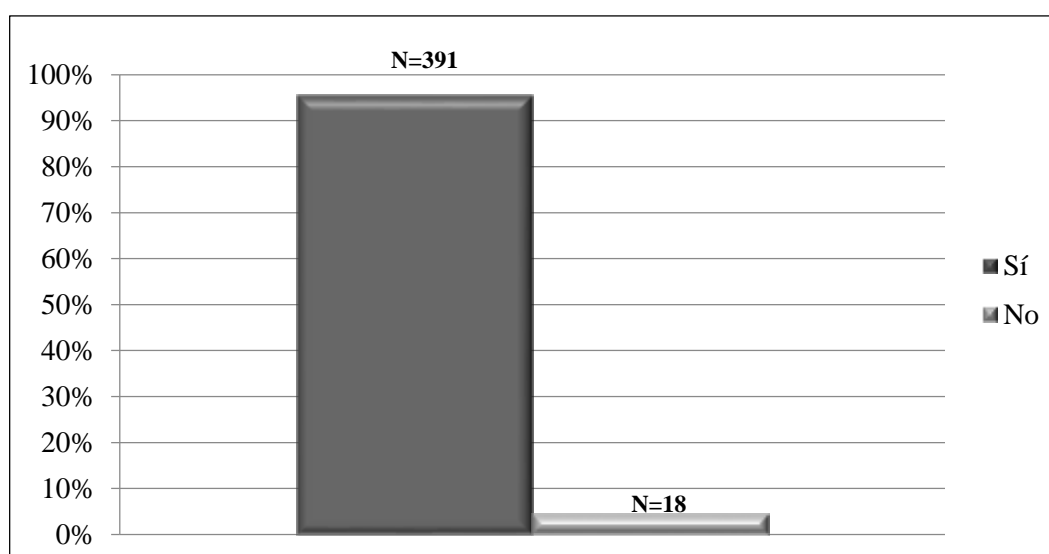


Gráfico 70.- Pregunta 6 Post. Información sobre cómo cuidarte los pies

La mayoría de los escolares que han recibido información sobre el cuidado de los pies ha sido a través del Podólogo (véase gráfico 71).

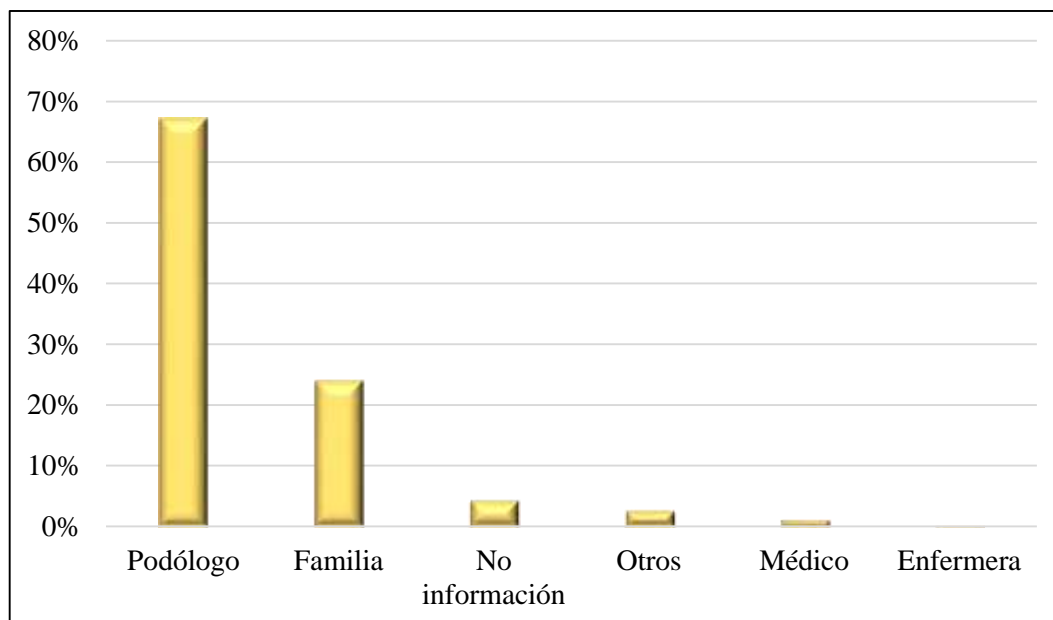


Gráfico 71.- Pregunta 7 Post. Explicación sobre el cuidado de los pies

En el gráfico 72 se puede observar que gran parte de los escolares no necesitan ayuda para cuidarse los pies.

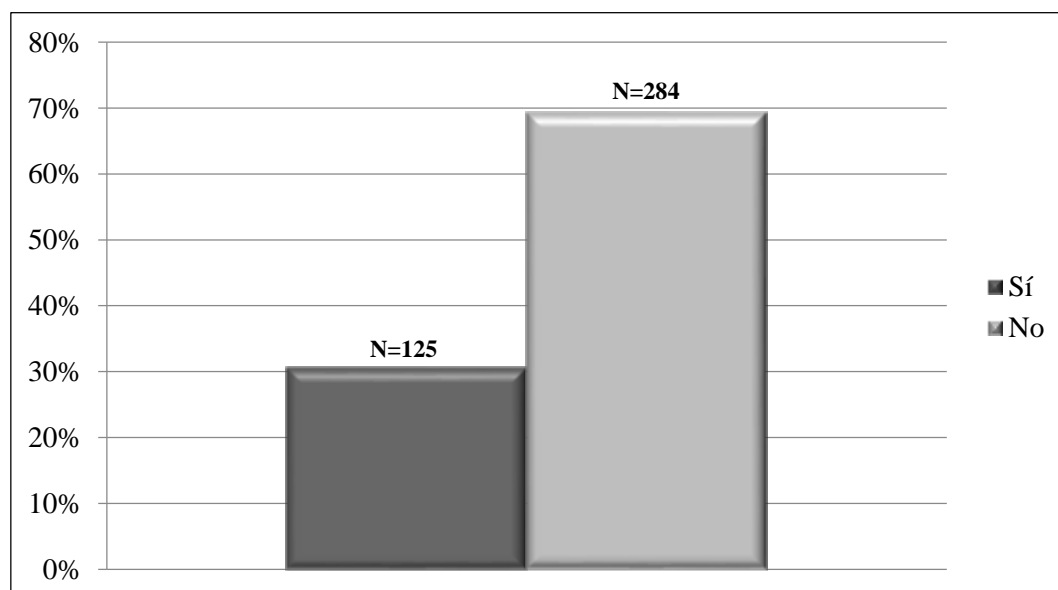


Gráfico 72.- Pregunta 8 Post. Necesidad de ayuda para cuidarse los pies

Gran parte de los escolares están totalmente de acuerdo en que los pies son una parte importante del cuerpo (véase gráfico 73).

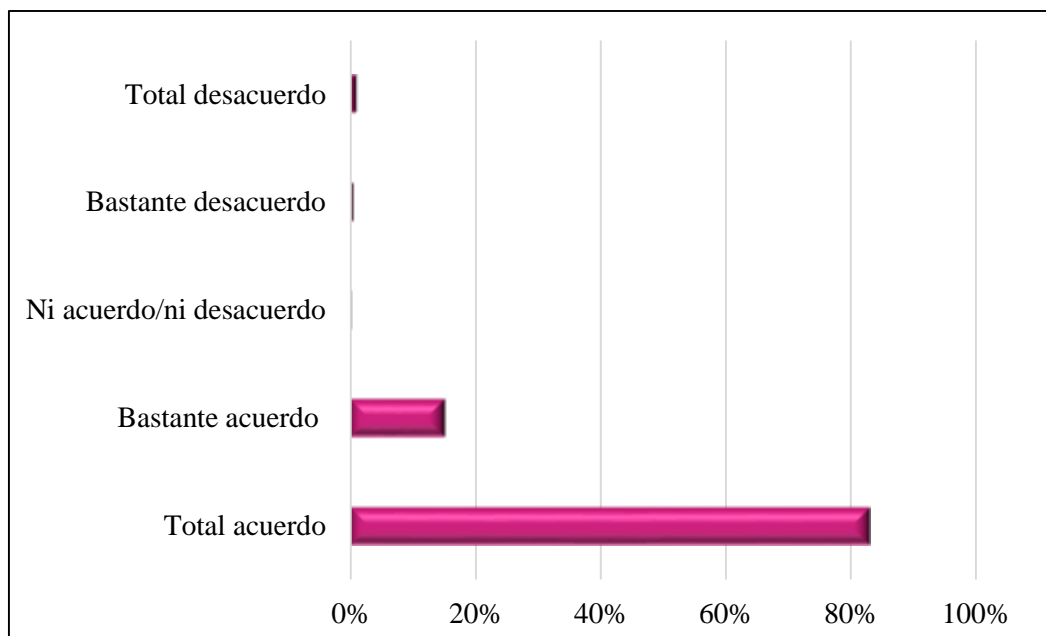


Gráfico 73.- Pregunta 9.1 Post. Los pies son una parte importante del cuerpo

En el gráfico 74 se puede observar que más de la mitad de los escolares están totalmente de acuerdo con que hay que mirarse los pies.

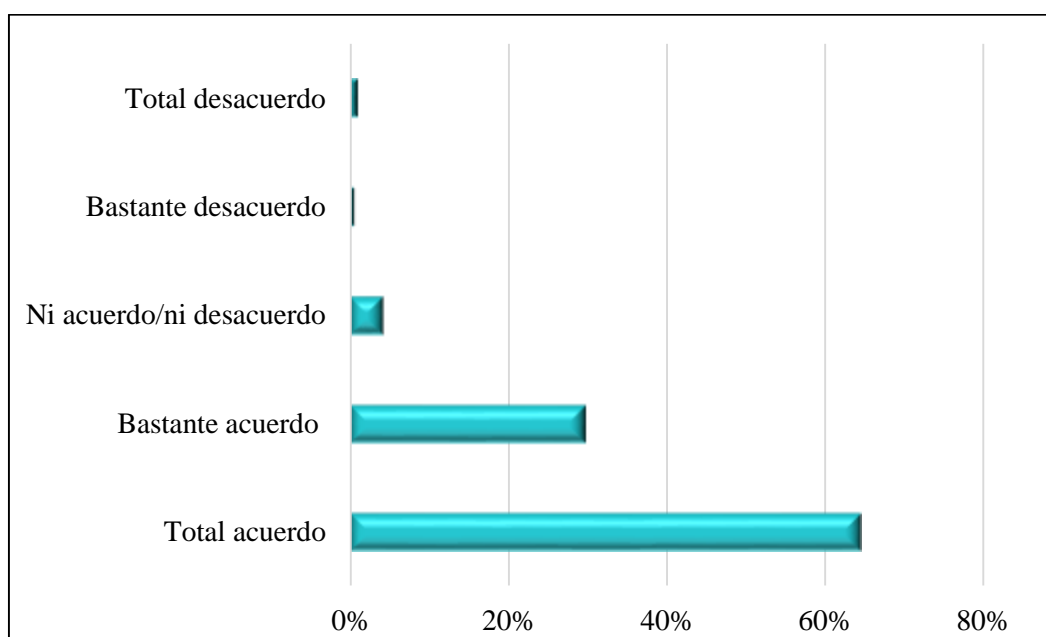


Gráfico 74.- Pregunta 9.2 Post. Hay que mirarse los pies

Un gran porcentaje de la muestra está totalmente de acuerdo en que hay que lavarse los pies (véase gráfico 75).

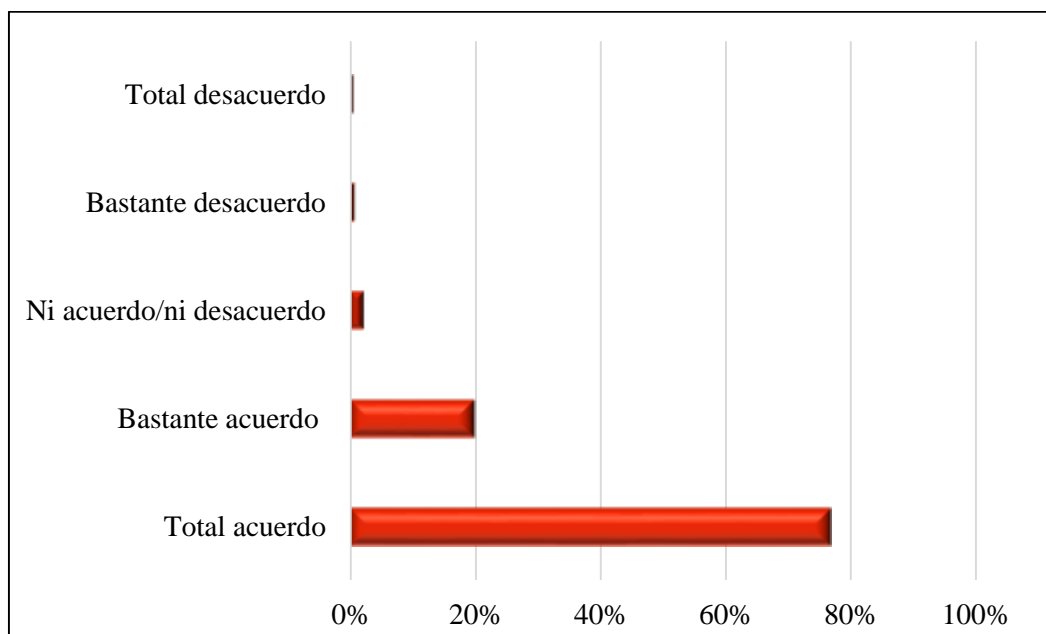


Gráfico 75.- Pregunta 9.3 Post. Hay que lavarse los pies

En el gráfico 76 se puede observar que un alto porcentaje de los escolares están totalmente de acuerdo en que hay que secarse muy bien los pies sobre todo entre los dedos.

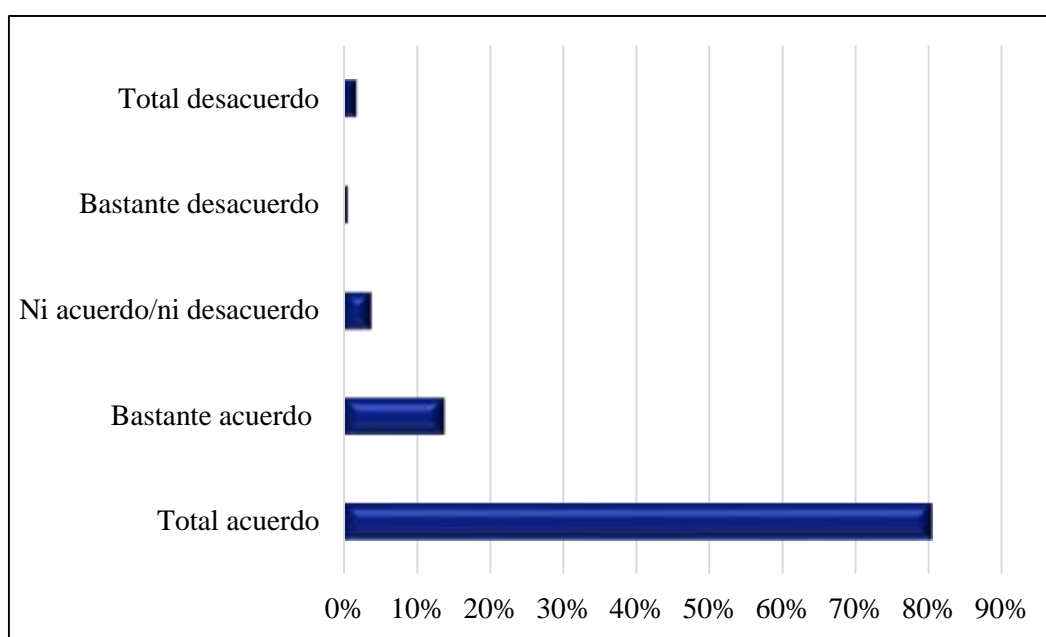


Gráfico 76.- Pregunta 9.4 Post. Hay que secarse muy bien los pies sobre todo entre los dedos

Más de la mitad de los escolares de la muestra están totalmente de acuerdo en que el corte de las uñas de los pies debe ser recto (véase gráfico 77).

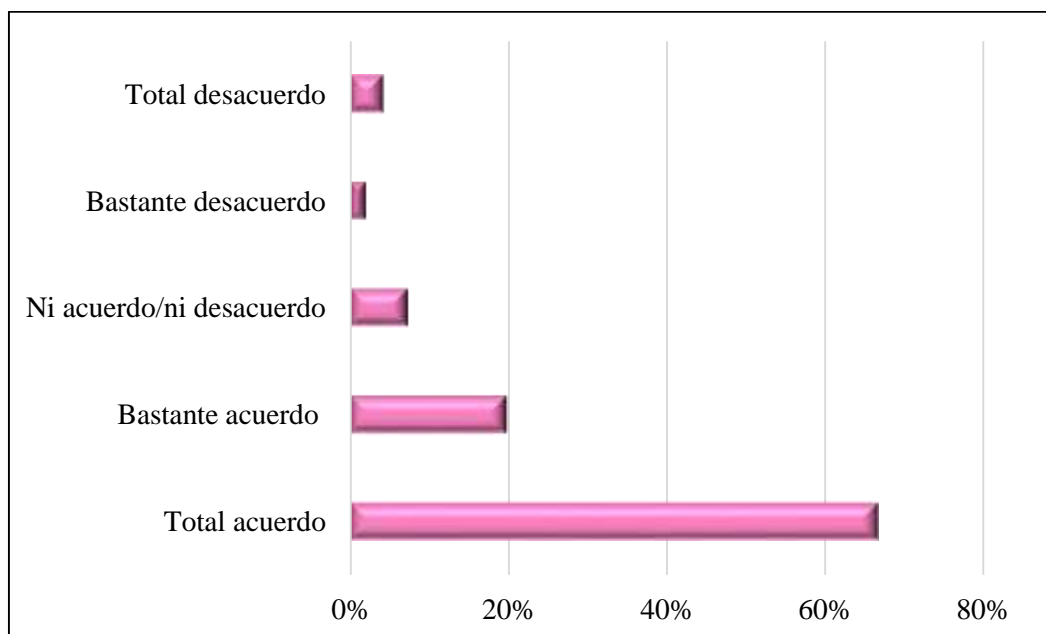


Gráfico 77.- Pregunta 9.5 Post. El corte de la uñas de los pies debe ser recto

En el gráfico 78 se puede observar que casi la mitad de los escolares de la muestra están en total desacuerdo con aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies.

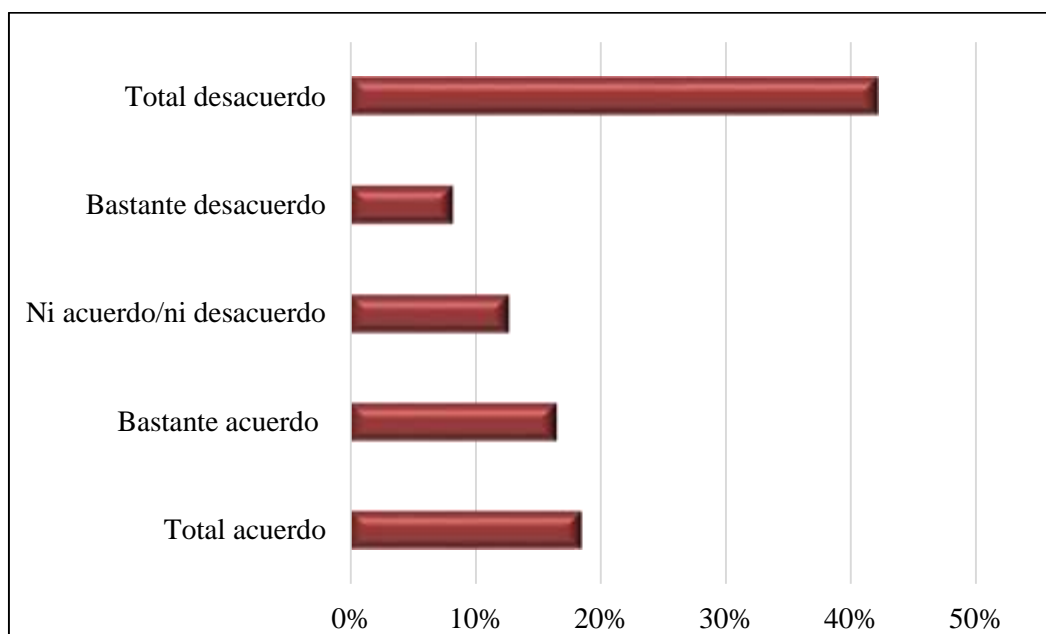


Gráfico 78.- Pregunta 9.6 Post. Aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies

La mayoría de los escolares conocen el nombre de alguna enfermedad en los pies
(véase gráfico 79)

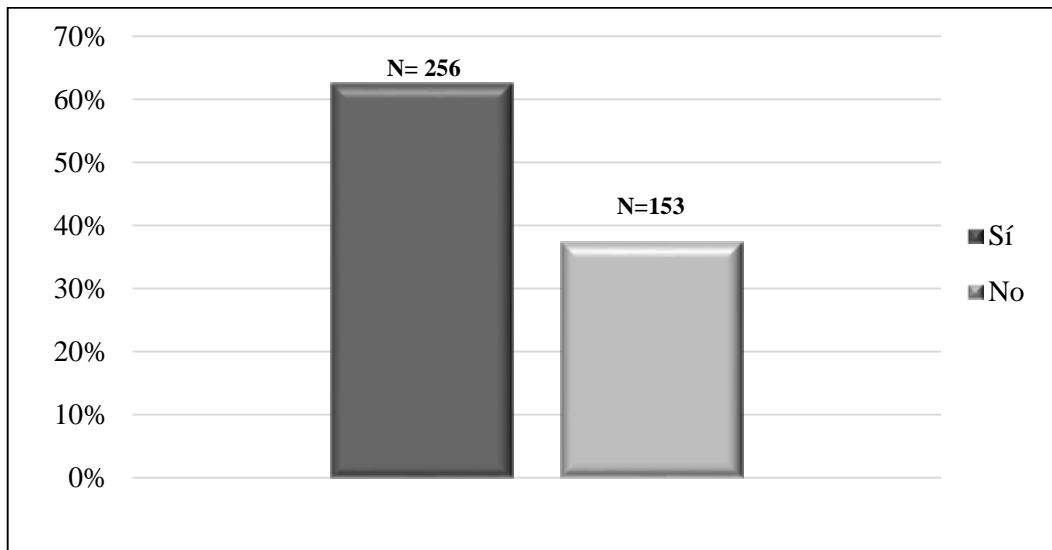


Gráfico 79.- Pregunta 10.1 Post. Conocimiento nombre enfermedades en el pie

En el gráfico 80 puede observarse el nombre de las enfermedades conocidas por los escolares.

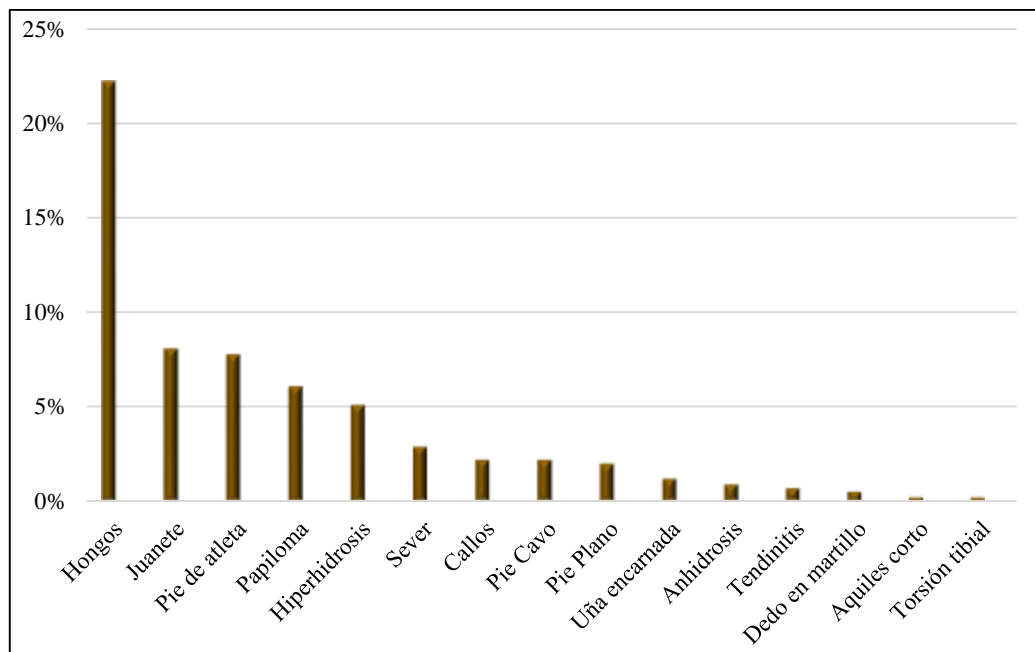


Gráfico 80.- Pregunta 10.2 Post. Nombre enfermedades del pie

Casi la totalidad de los escolares saben cómo tienen que sentarse (véase gráfico 81)

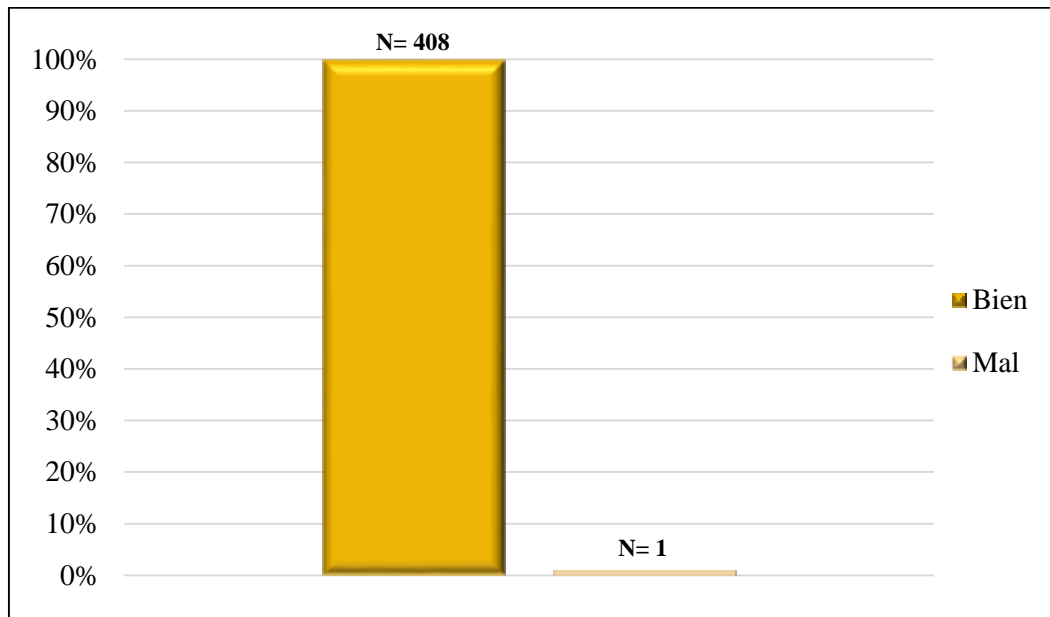


Gráfico 81.- Pregunta 11 Post. Sabes cómo tenemos que sentarnos

La mitad de los escolares están totalmente de acuerdo en que caminar descalzo en sitios públicos es perjudicial (véase gráfico 82)

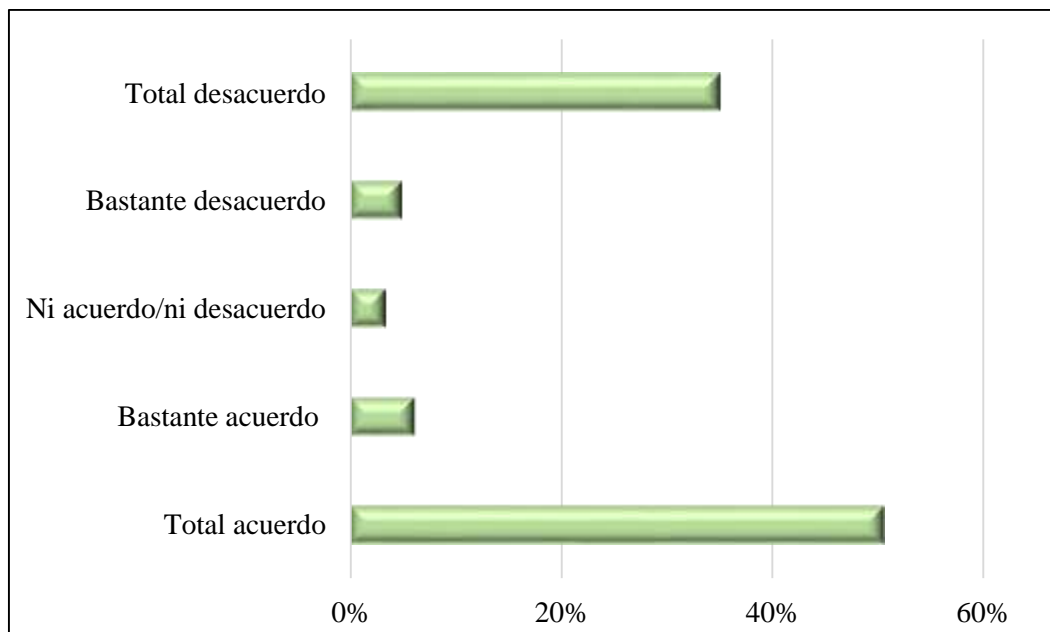


Gráfico 82.- Pregunta 12.1 Post. Caminar descalzo en sitios públicos es perjudicial

En el gráfico 83 puede observarse que gran parte de los escolares están en total desacuerdo en que es recomendable intercambiar el calzado con otra persona.

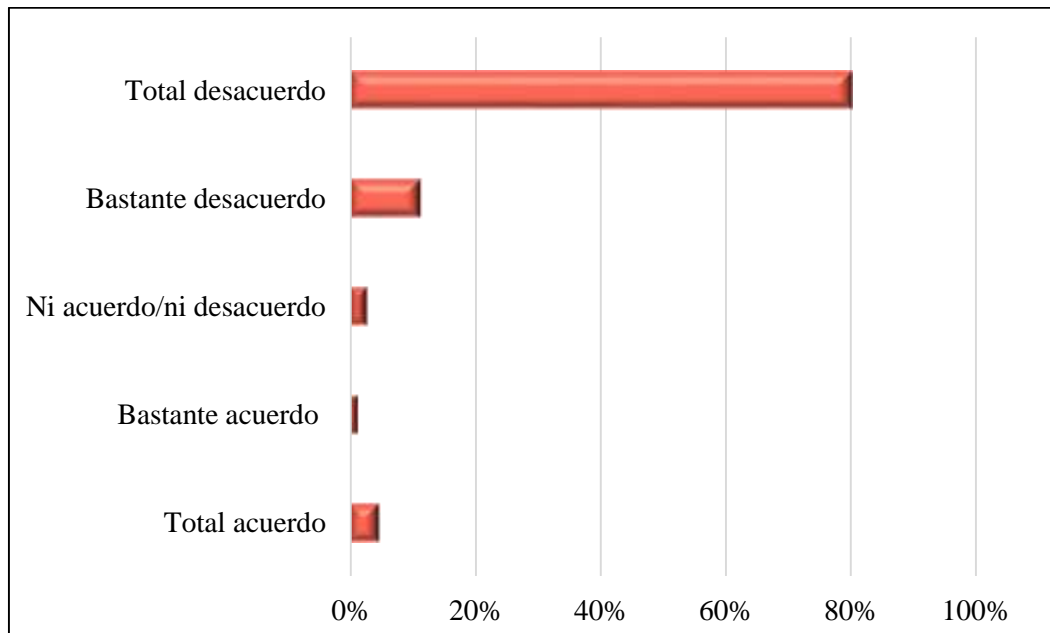


Gráfico 83.- Pregunta 12.2 Post. Es recomendable intercambiar el calzado

En el gráfico 84 sobre el cambio de calcetines después del ejercicio físico se puede observar que la opción de total acuerdo es la más señalada por los escolares.

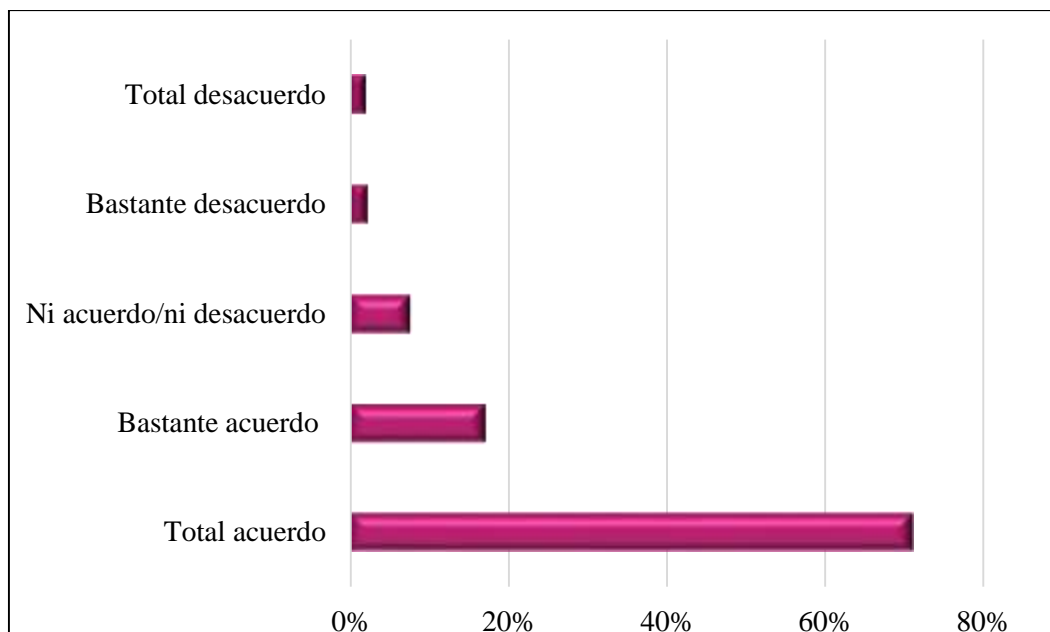


Gráfico 84.- Pregunta 12.3 Post. Hay que cambiar los calcetines después del ejercicio físico

En el gráfico 85 puede observarse que un amplio porcentaje de los escolares están totalmente de acuerdo en que las heridas en el pie deben curarse inmediatamente.

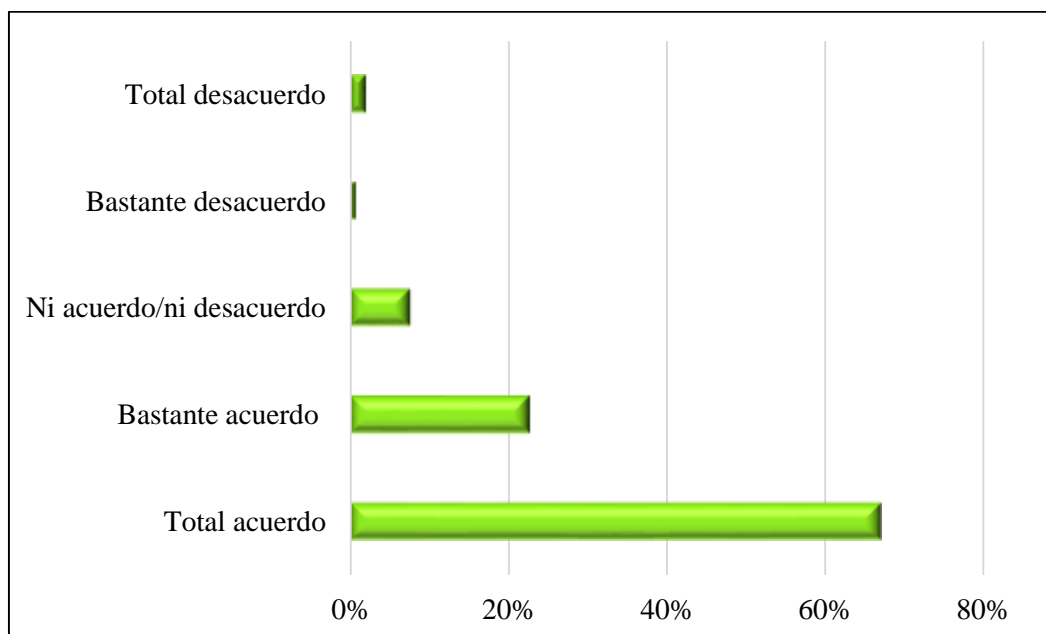


Gráfico 85.- Preguntar 12.4 Post. Las heridas en el pie deben curarse inmediatamente

La mayoría de los escolares de la muestra han señalado la imagen del calzado fisiológico como que corresponde a un calzado saludable (véase gráfico 86)

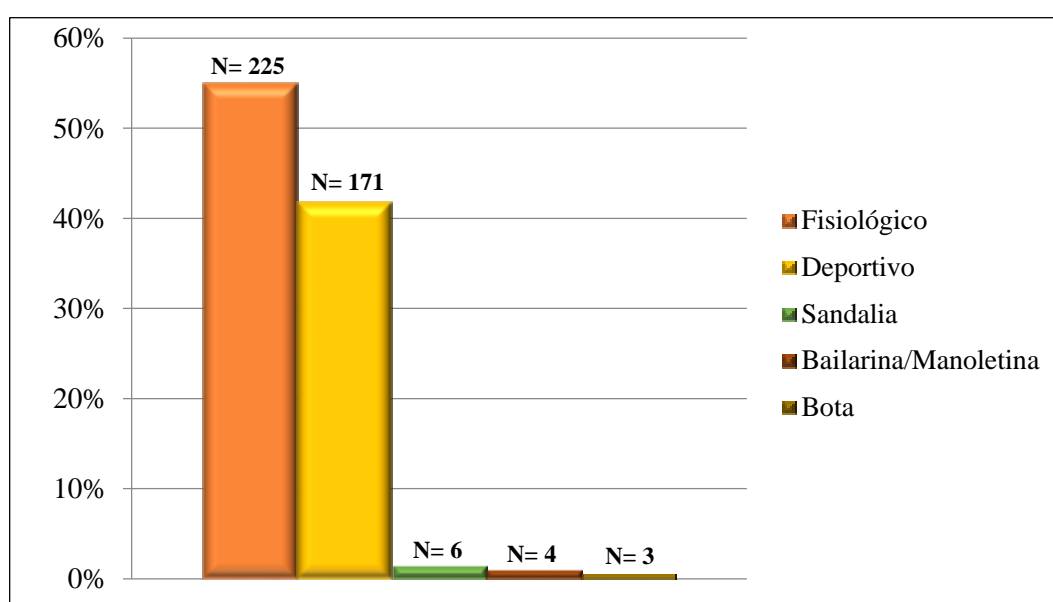


Gráfico 86.- Preguntar 13 Post. Señala la imagen que consideres que corresponde a un calzado saludable

En el gráfico 87 puede observarse que la mayoría de los escolares se basan en la comodidad a la hora de elegir el calzado.

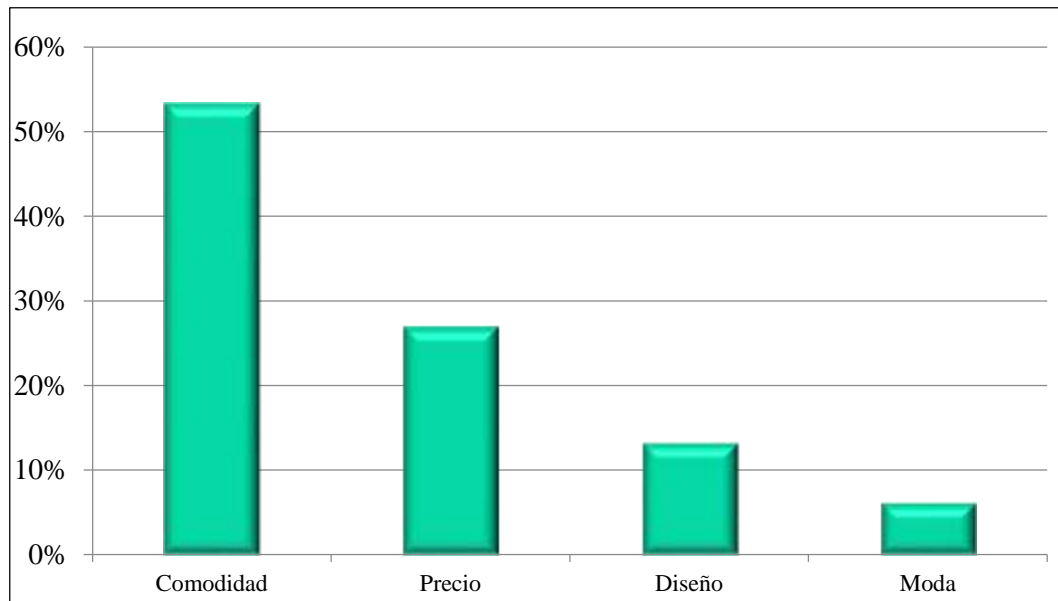


Gráfico 87.- Pregunta 14 Post. Criterios de elección del calzado

Un gran porcentaje de los escolares de la muestra consideran que no es bueno utilizar el mismo calzado para caminar que para hacer algún deporte (véase gráfico 88)

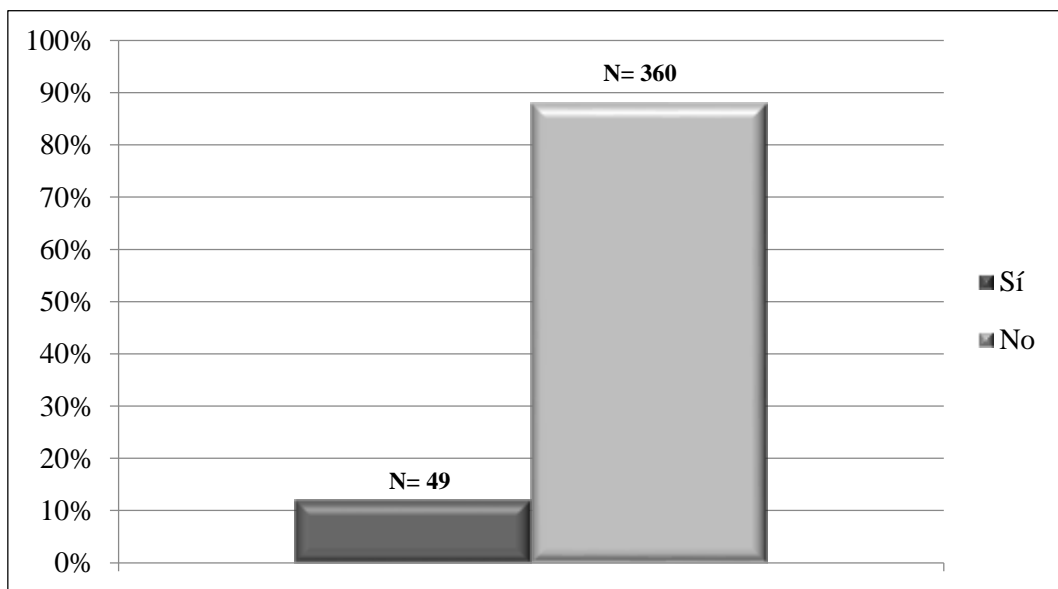


Gráfico 88.-Pregunta 15 Post. ¿Es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer deporte?

En el gráfico 89 puede observarse que gran parte de la muestra considera que a veces hay que consultar al Podólogo por el tipo de calzado adecuado para practicar un deporte.

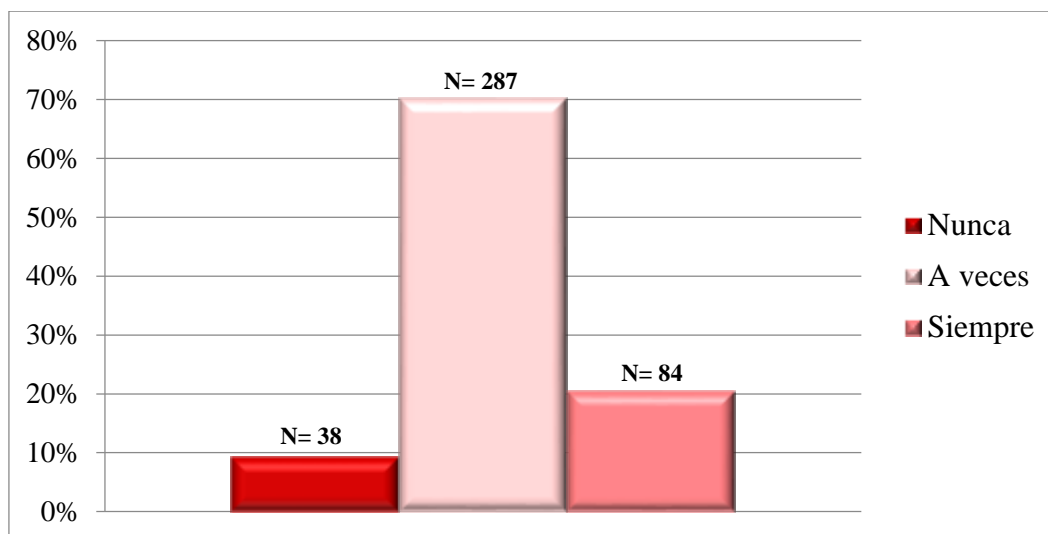


Gráfico 89.- Pregunta 16 Post. Consultar al Podólogo por el calzado adecuado para practicar deporte

Gran parte de los escolares están totalmente de acuerdo en que el calzado debe ajustarse al pie (véase gráfico 90).

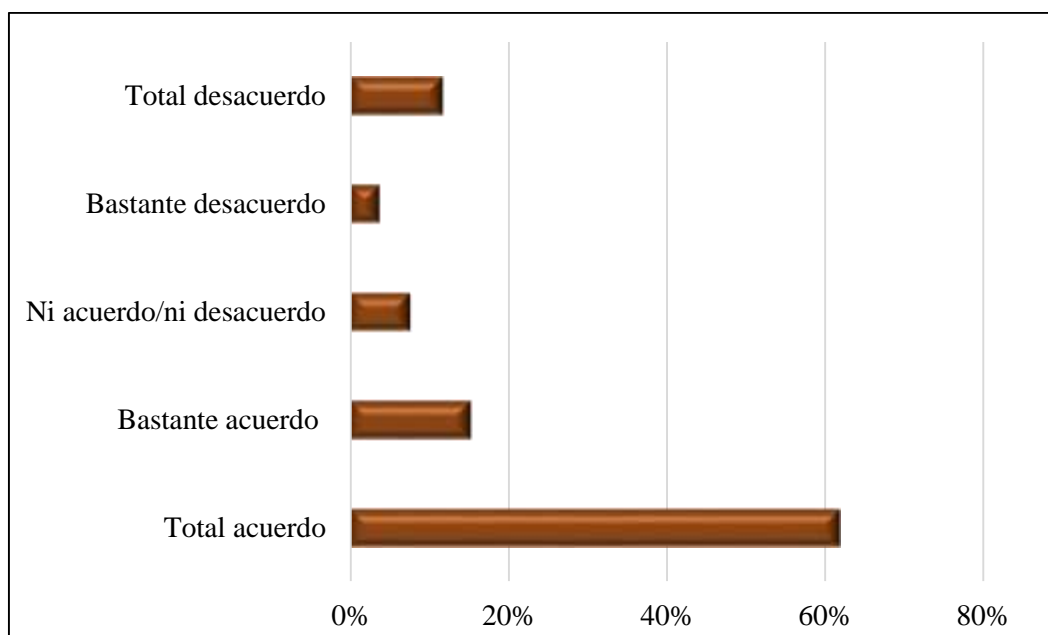


Gráfico 90.- Pregunta 17.1 Post. El calzado debe ajustarse al pie

La mayoría de los escolares están en total acuerdo en que la parte más ancha del pie debe coincidir con la más ancha del calzado (véase gráfico 91).

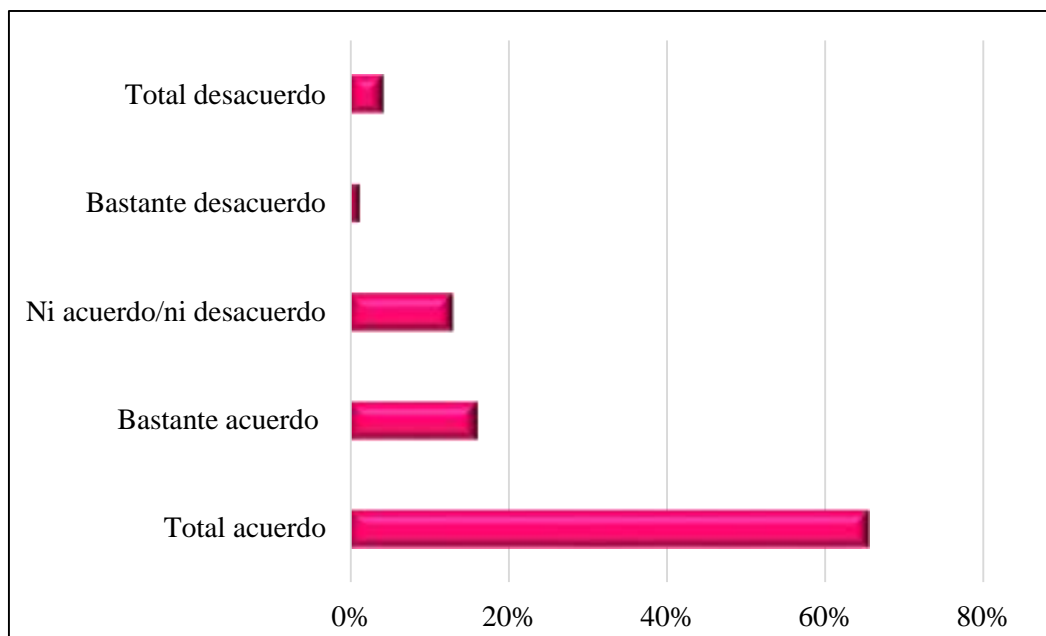


Gráfico 91.- Pregunta 17.2 Post. La parte más ancha del pie debe coincidir con la más ancha del calzado

En el gráfico 92 se puede observar que un porcentaje elevado de los escolares están totalmente de acuerdo en que el material del calzado debe ser transpirable.

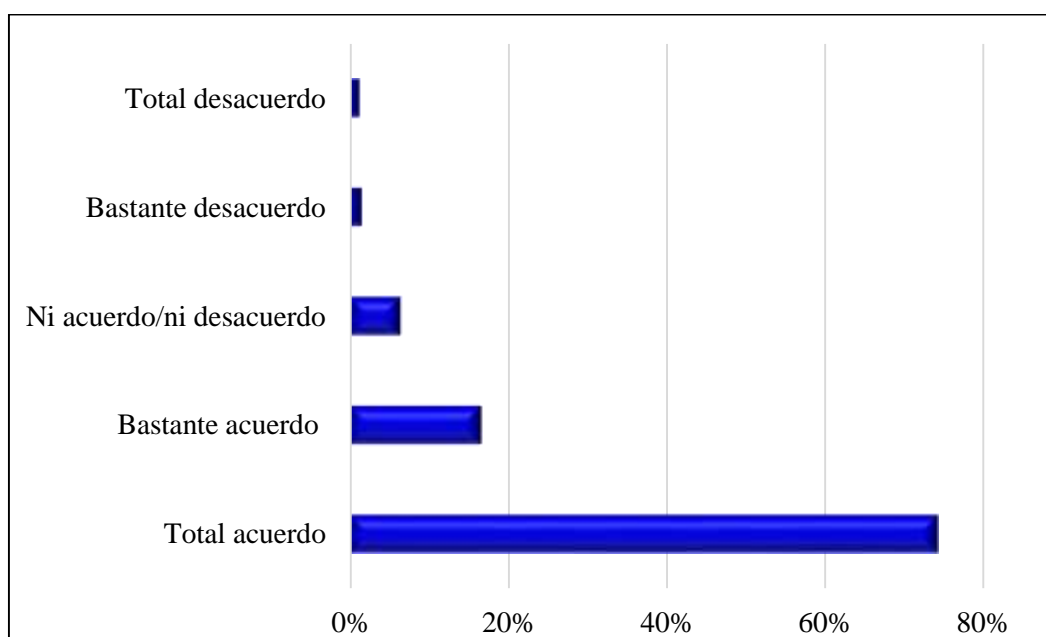


Gráfico 92.- Pregunta 17.3 Post. El material del calzado debe ser transpirable

La mayoría de los escolares están totalmente de acuerdo con el sistema de sujeción que debe de llevar el calzado (véase gráfico 93).

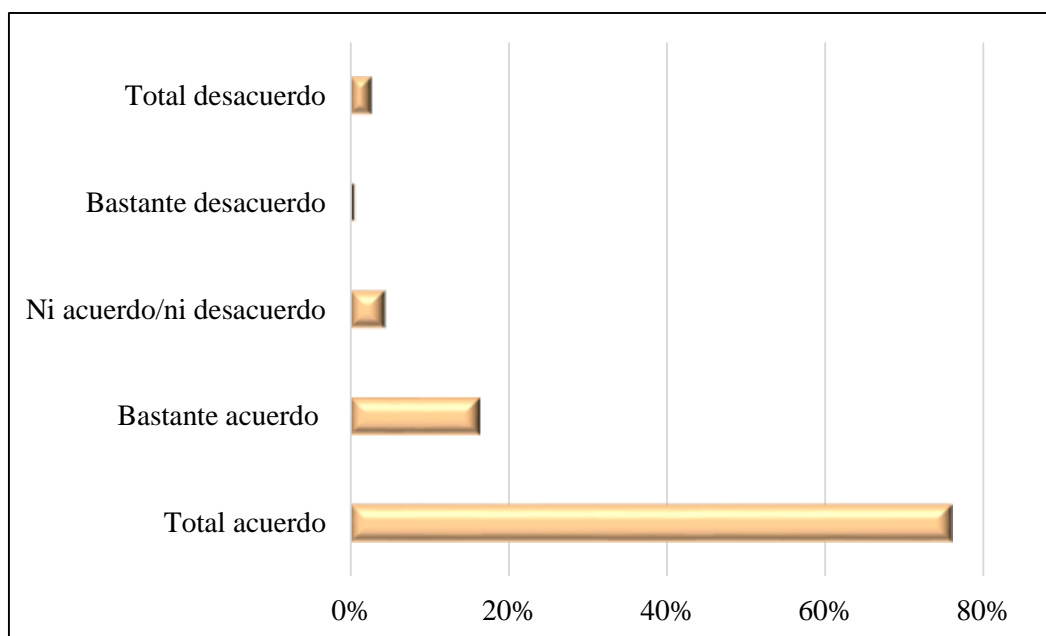


Gráfico 93.- Pregunta 17.4 Post. El calzado debe estar sujeto con cordones o velcros

Los escolares de la muestra consideran que la suela debe tener dibujos (véase gráfico 94).

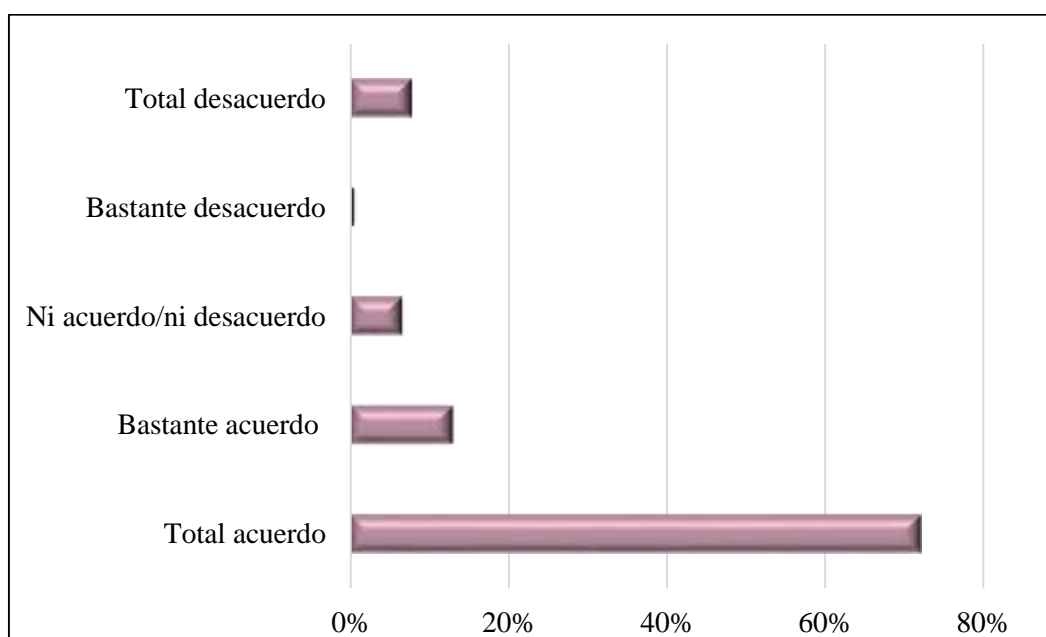


Gráfico 94.- Pregunta 17.5 Post. La suela debe tener dibujos

Menos del cincuenta por ciento de los escolares están en total acuerdo en que el tacón debe medir 2 cm (véase gráfico 95).

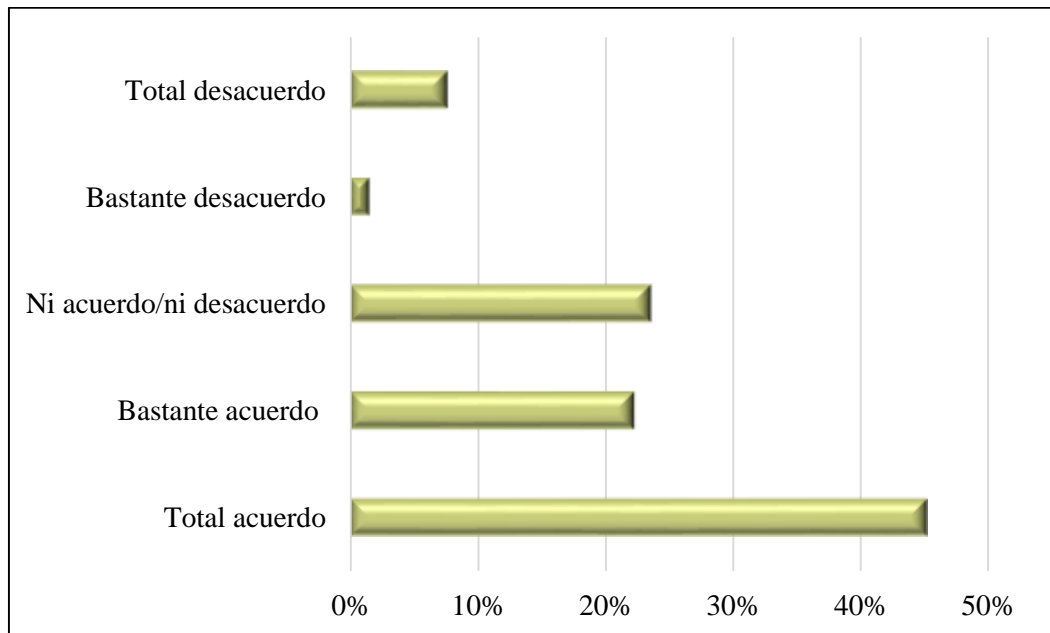


Gráfico 95.- Preguntar 17.6 Post. El tacón debe medir 2 cm

El mayor porcentaje de escolares consideran que la charla les ha parecido interesante además de entretenida y clara (véase gráfico 96).

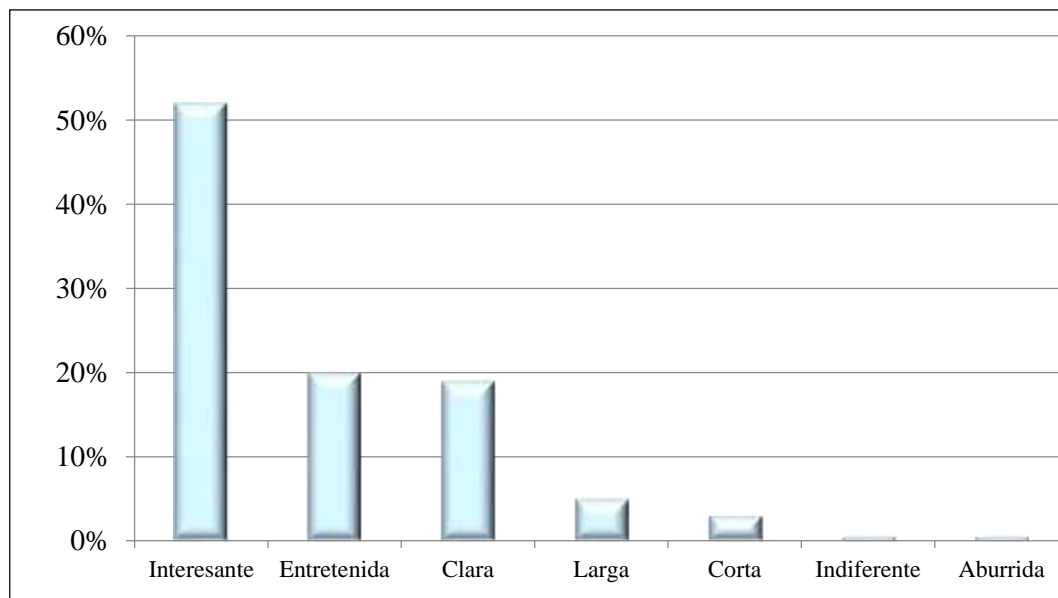


Gráfico 96.-Preguntar 18 Post. Opinión sobre la charla

Casi la mitad de los escolares consideran que han aprendido mucho con la charla sobre el cuidado de los pies (véase gráfico 97).

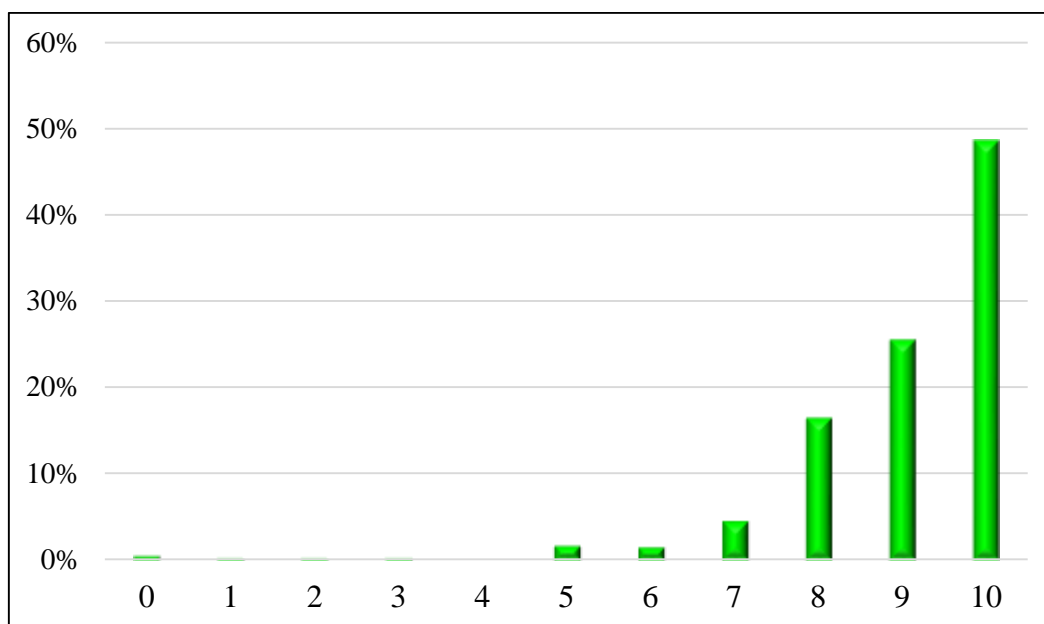


Gráfico 97.- Pregunta 19 Post. Cuánto has aprendido sobre el cuidado de los pies

En el gráfico 98 puede observarse que los escolares del CEIP Pío XII son los que tienen más intención de ir al Podólogo, con una significación estadística de 0,001.

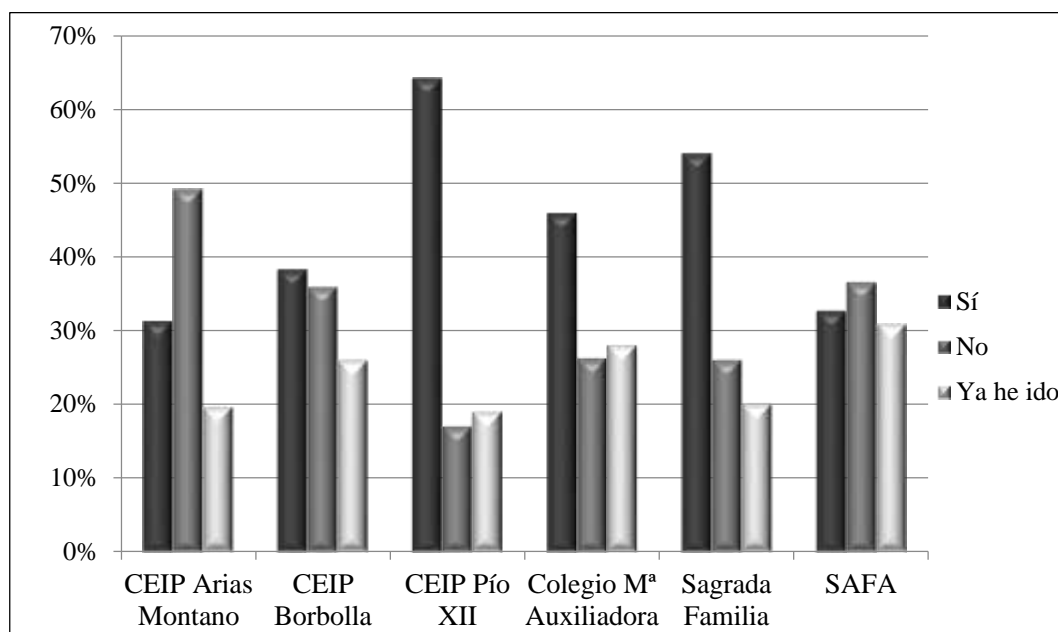


Gráfico 98.- Centro educativo/Pregunta 3 Post. Tienes intención de ir al Podólogo

La mayoría de los escolares del CEIP Pío XII y CEIP María Auxiliadora son los que necesitan ayuda para cuidarse los pies, con una significación estadística de 0,014 (véase gráfico 99).

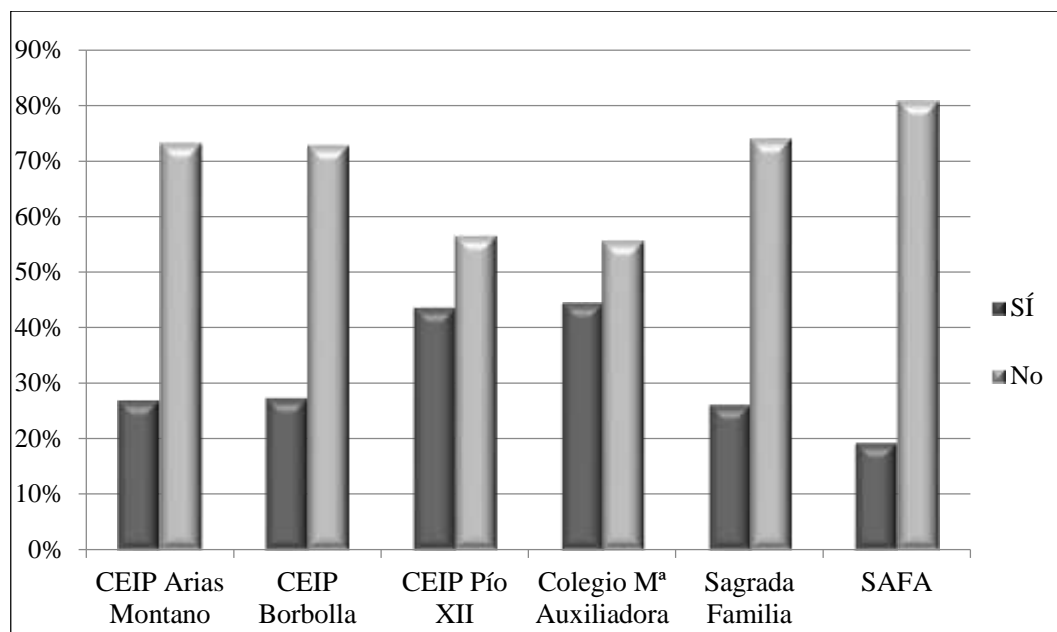


Gráfico 99.- Centro educativo/Pregunta 8 Post. Necesidad de ayuda para cuidarse los pies

La mayoría de los escolares del Colegio Sagrada Familia están en total desacuerdo con aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies, con una significación estadística menor de 0,001 (véase gráfico 100).

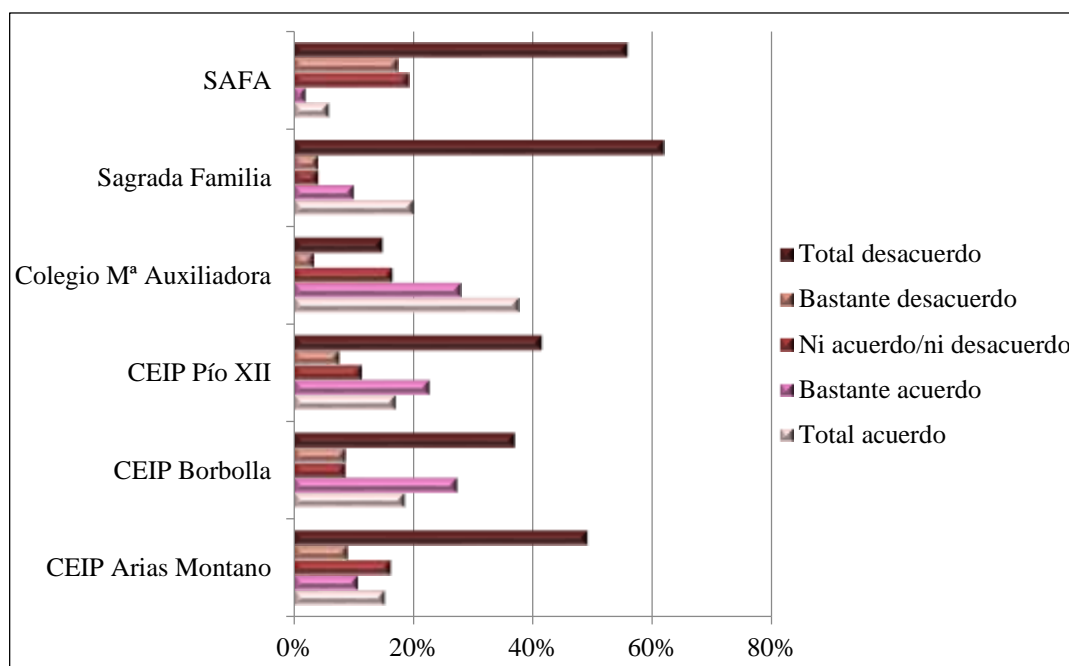


Gráfico 100.- Centro educativo/Pregunta 9.6 Post. Aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies

La mayoría de los escolares del CEIP Borbolla se basan en el diseño como criterio de elección del calzado, con una significación estadística menor de 0,001 (véase gráfico 101).

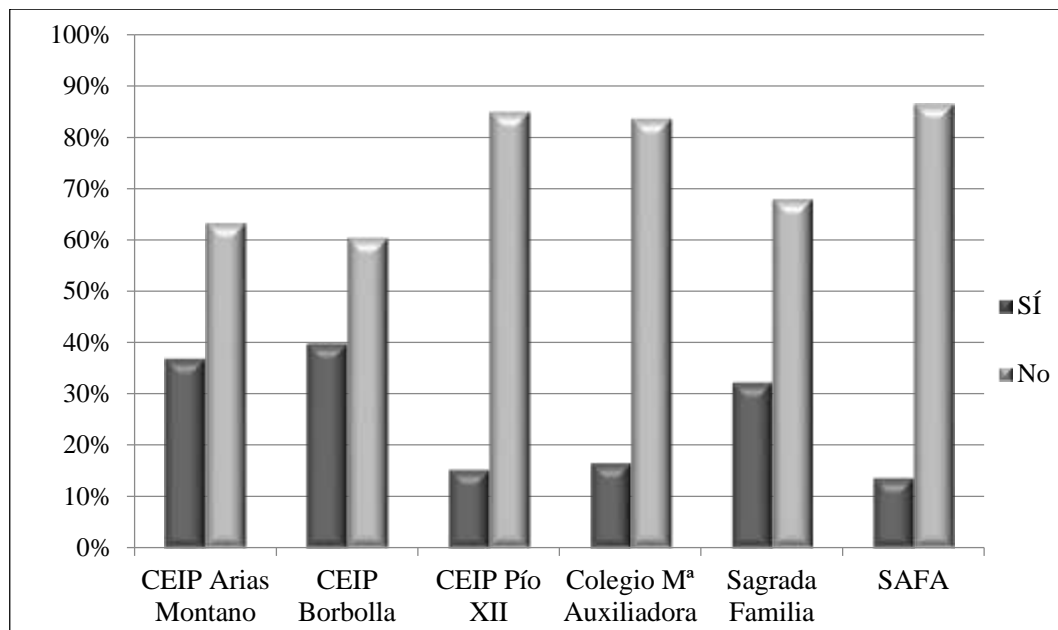


Gráfico 101.- Centro educativo/Pregunta 14.2.Post. Diseño

La mayoría de los escolares del Colegio SAFA y Sagrada Familia consideran que la charla no ha sido entretenida, con una significación estadística de 0,047 (véase gráfico 102).

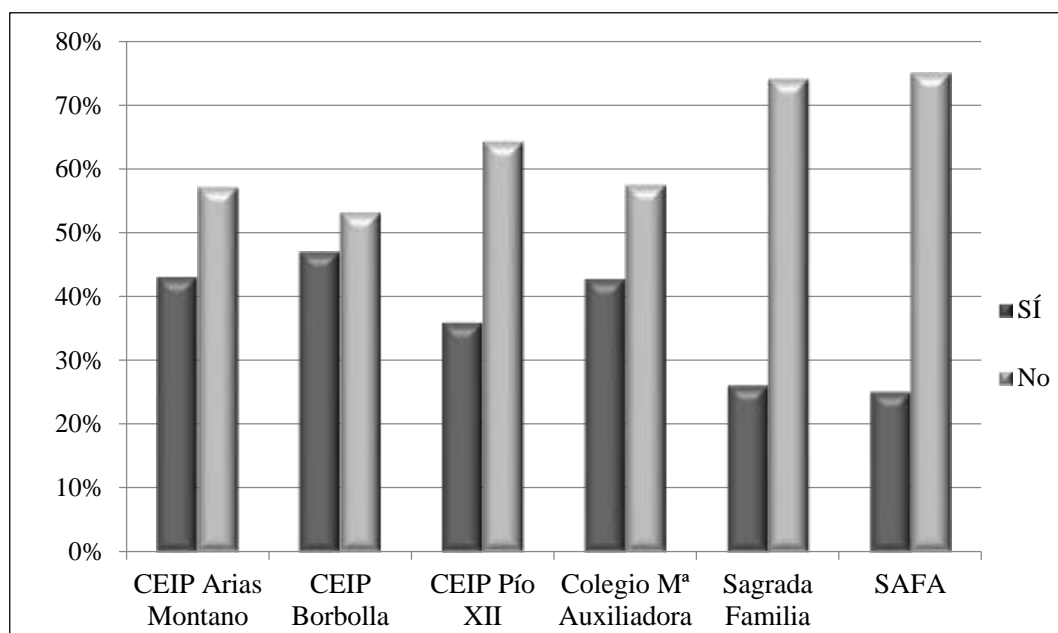


Gráfico 102.- Centro educativo/Pregunta 18 Post. Opinión sobre la charla. Entretenida

La mayoría de los escolares del CEIP Borbolla consideran que la charla ha sido corta, con una significación estadística menor de 0,001 (véase gráfico 103).

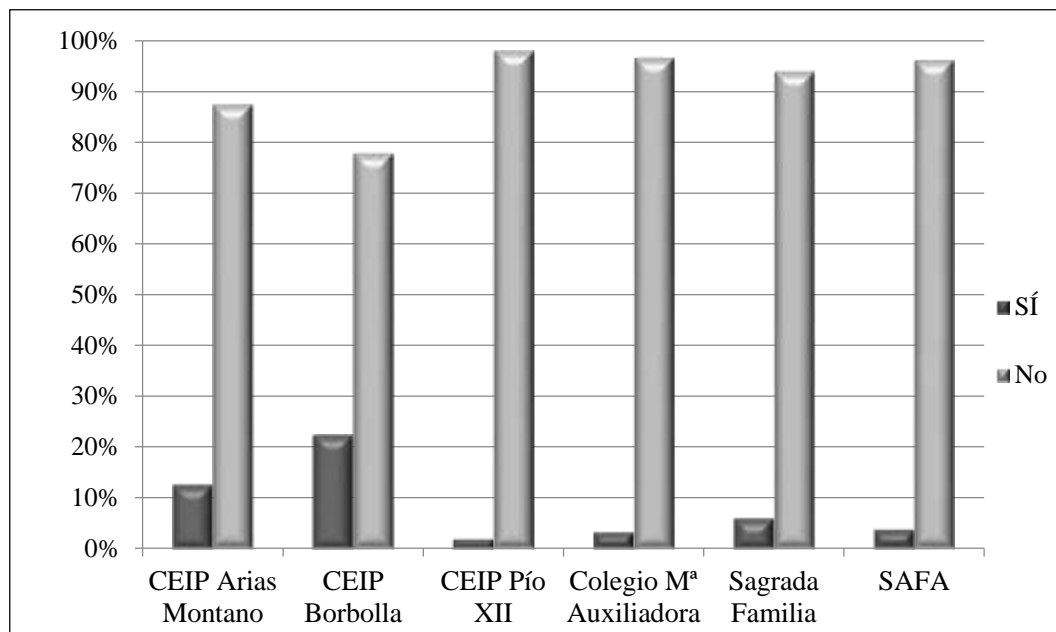


Gráfico 103.- Centro educativo/Pregunta 18 Post. Opinión sobre la charla. Corta

La mayoría de los escolares de la Sagrada Familia consideran que la charla ha sido clara, con una significación estadística menor de 0,001 (véase gráfico 104)

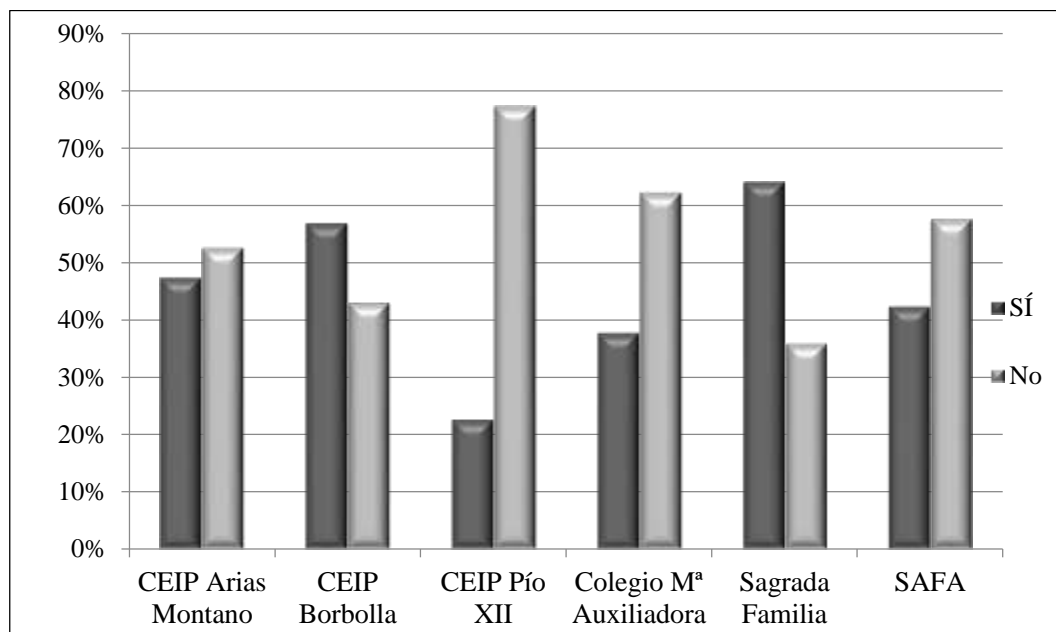


Gráfico 104.- Centro educativo/Pregunta 18 Post. Opinión sobre la charla. Clara

La mayoría de los escolares del CEIP Arias Montano consideran que la charla ha sido larga, con una significación estadística de 0,002 (véase gráfico 105).

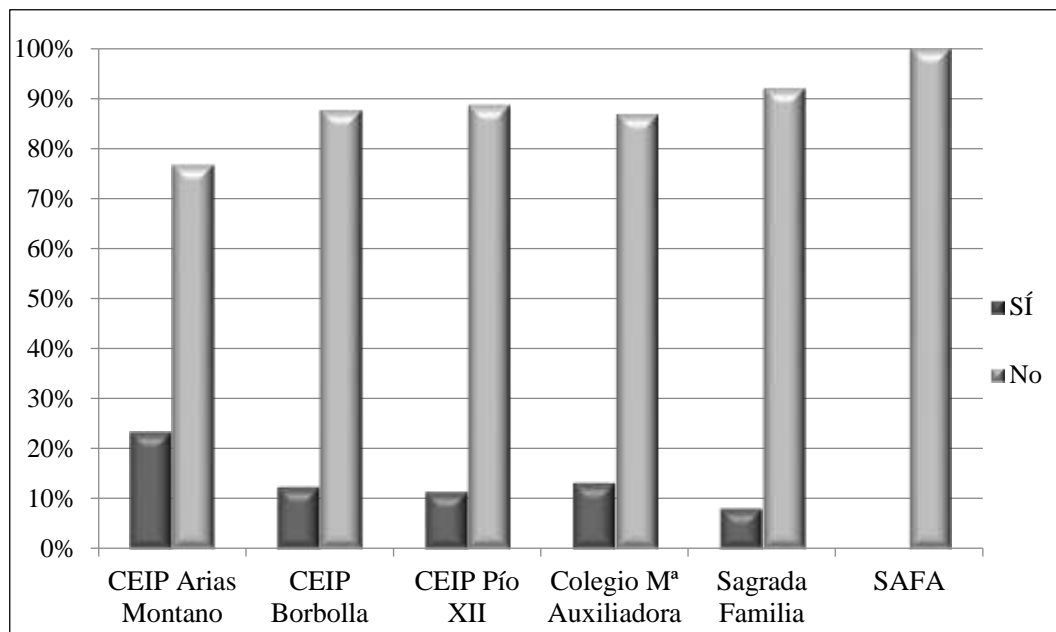


Gráfico 105.- Centro educativo/Pregunta 18.6.Post. Opinión sobre la charla. Larga

La mayoría de los escolares de 5º de Primaria necesitan ayuda para cuidarse los pies, con una significación estadística de 0,010 (véase gráfico 106).

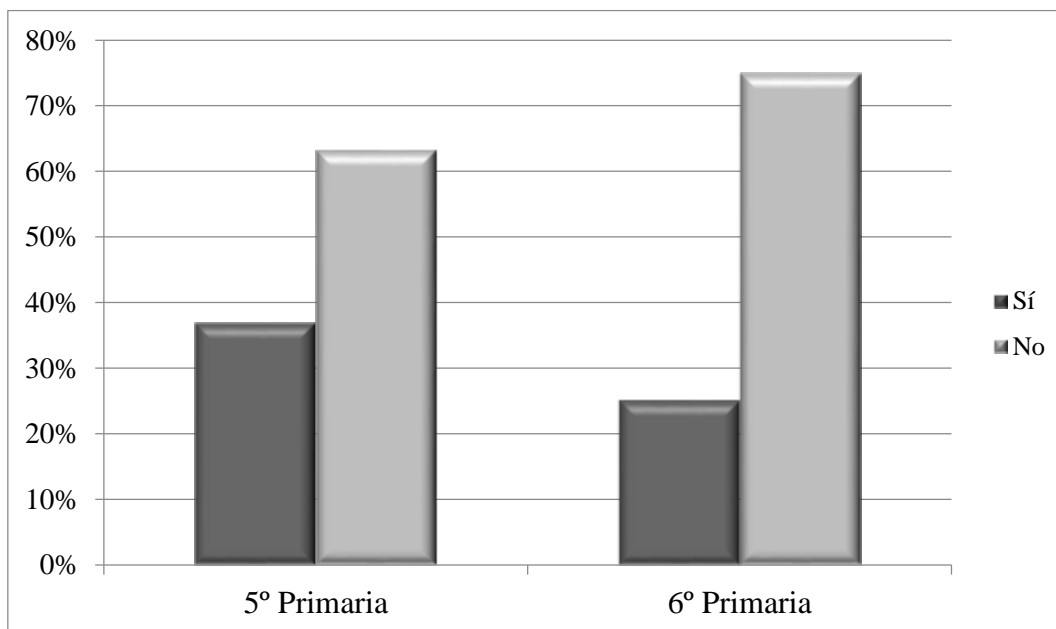


Gráfico 106.- Curso escolar /Pregunta 8 Post. Necesidad de ayuda para cuidarse los pies

La mayoría de los escolares de 6° de Primaria conocen el nombre de alguna enfermedad en los pies, con una significación estadística de 0,015 (véase gráfico 107).

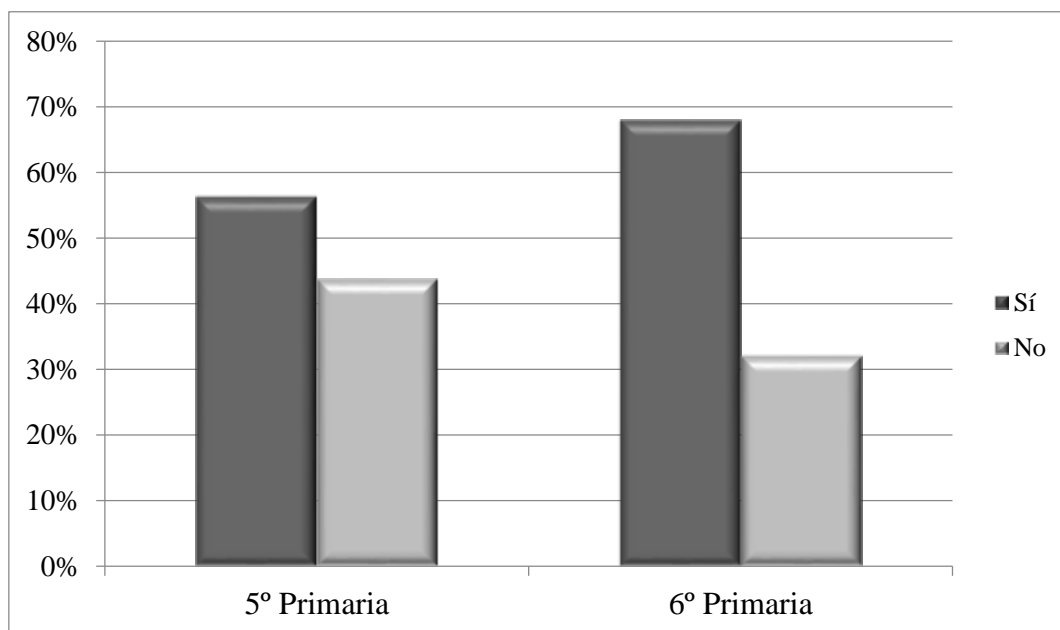


Gráfico 107.- Curso escolar /Pregunta10 Post. Conocimiento nombre enfermedades del pie

La mayoría de los escolares de 6° de Primaria consideran que la charla no ha sido larga, con una significación estadística de 0,020 (véase gráfico 108).

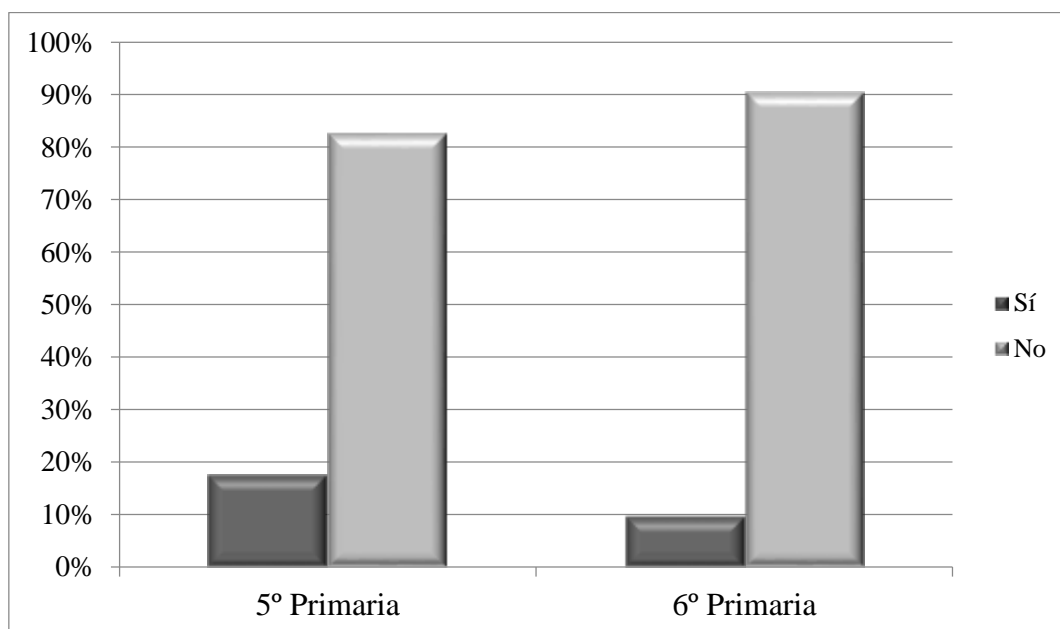


Gráfico 108.- Curso escolar /Pregunta18 Post. Opinión sobre la charla. Larga

La mayoría de los escolares que no tienen intención de ir al Podólogo son los que tienen en cuenta el diseño como criterio de elección del calzado, con una significación estadística de 0,026 (véase gráfico 109).

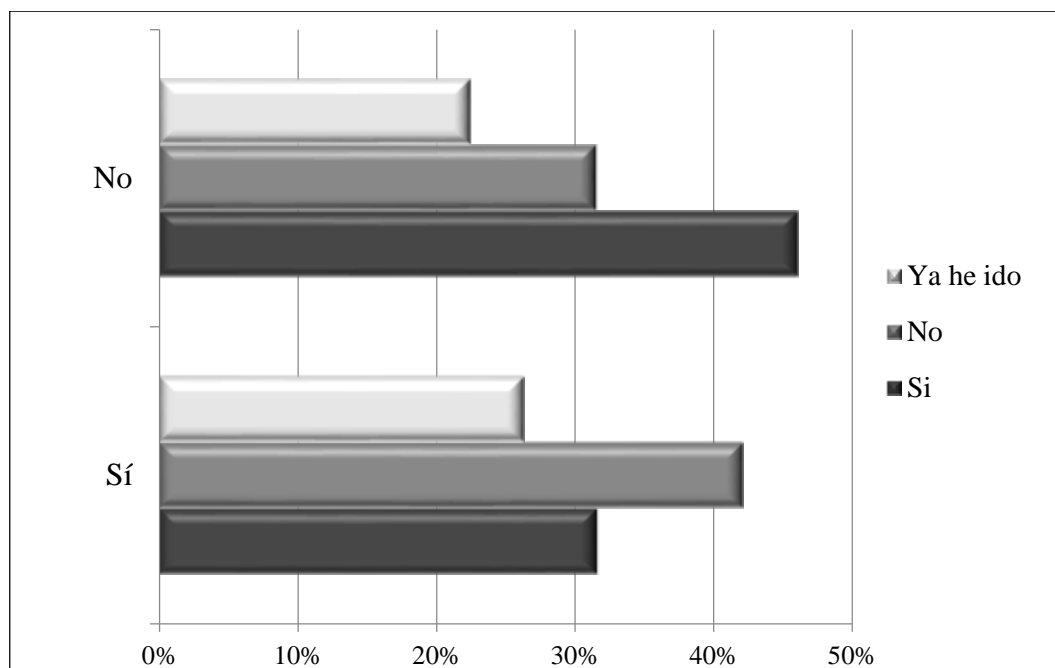


Gráfico 109.- Pregunta 3 Post. Tienes intención de ir al Podólogo/Pregunta 15 Post. Criterios de elección del calzado. Diseño

La mayoría de los escolares que dicen que siempre hay que consultar al Podólogo por el tipo de calzado adecuado para practicar un deporte son los que no tienen en cuenta el diseño como criterio de elección del calzado, con una significación estadística de 0,015 (véase gráfico 110).

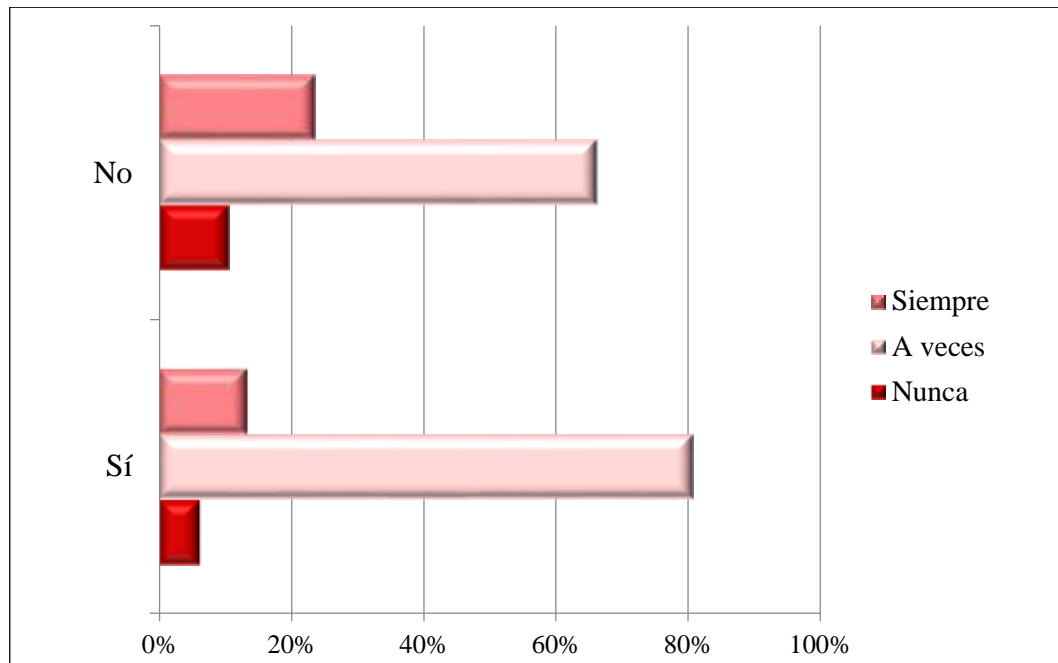


Gráfico 110.- Pregunta 14 Post. Criterios de elección del calzado. Diseño/Pregunta16 Post. Consultar al Podólogo por el calzado adecuado para practicar deporte

Los escolares que dicen que a veces hay que consultar al Podólogo por el tipo de calzado adecuado para practicar deporte son los que tienen en cuenta la comodidad como criterio de elección del calzado, con una significación estadística de 0,008 (véase gráfico 111).

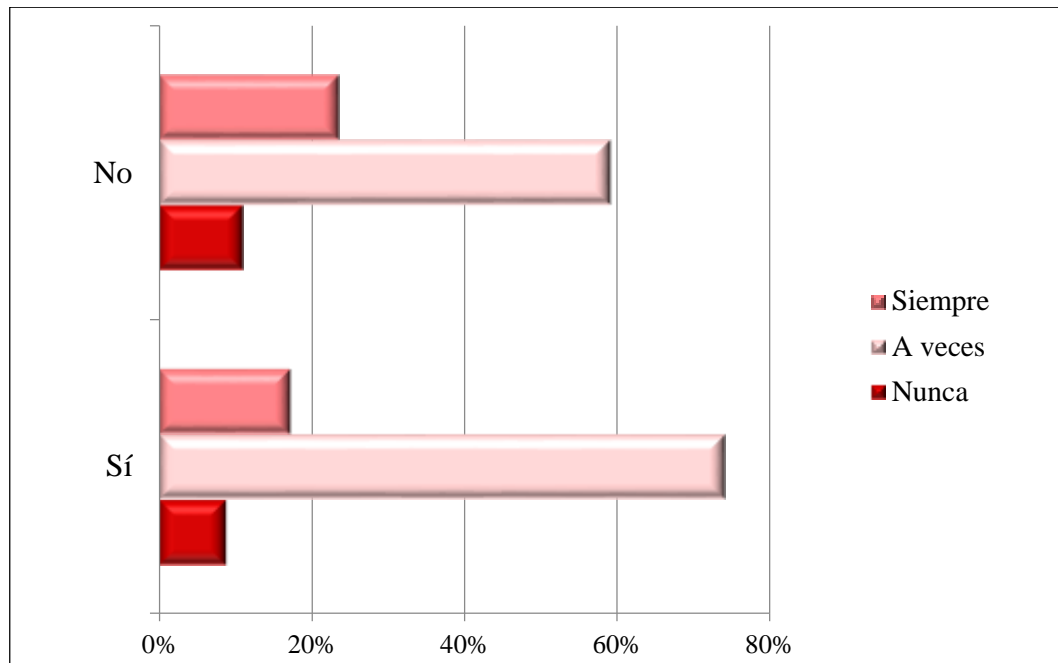


Gráfico 111.- Pregunta 14 Post. Criterios de elección del calzado. Comodidad/Pregunta 16 Post. Consultar al Podólogo por el calzado adecuado para practicar deporte

La mayoría de los escolares que tienen intención de ir al Podólogo son los que indican que necesitan ayuda para cuidarse los pies, con una significación estadística menor de 0,001 (véase gráfico 112).

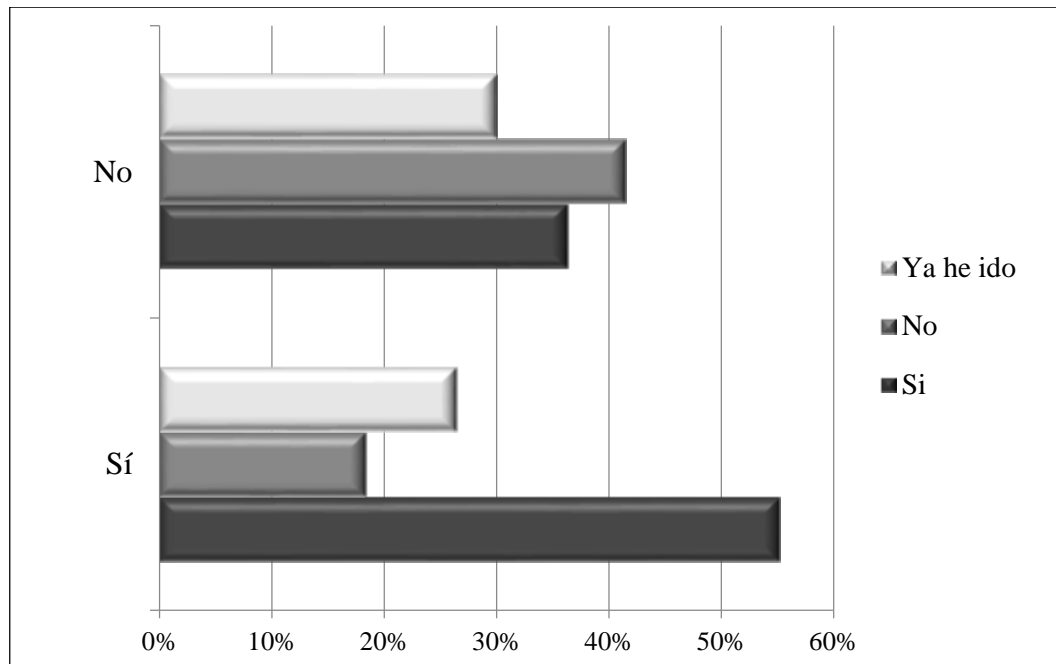


Gráfico 112.- Pregunta 3 Post. Tienes intención de ir al Podólogo/ Pregunta 8 Post. Necesidad de ayuda para cuidarse los pies

La mayoría de los escolares que tienen intención de ir al Podólogo son los que consideran que siempre hay que consultar al Podólogo por el tipo de calzado adecuado para practicar deporte, con una significación estadística menor de 0,001 (véase gráfico 113).

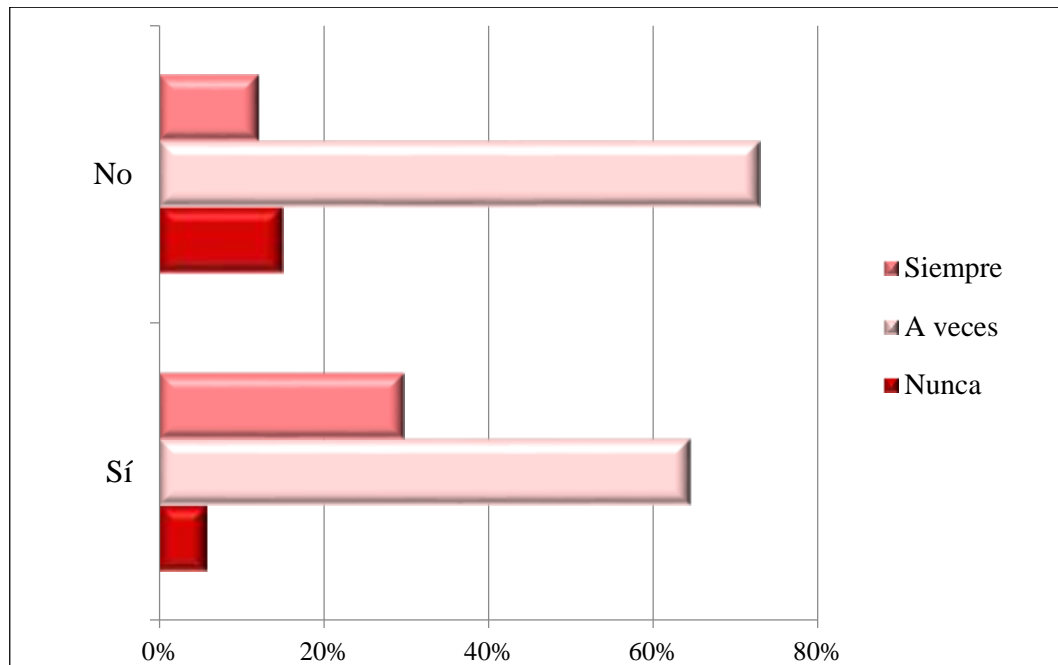


Gráfico 113.- Pregunta 3 Post. Tienes intención de ir al Podólogo/ Pregunta 16 Post. Consultar al Podólogo por el calzado adecuado para practicar deporte

Los escolares que han señalado correctamente la imagen que corresponde a una huella normal son los que consideran que la charla ha sido clara (véase tabla 24).

		Pregunta 18 Post: Opinión sobre la charla. Clara		p
		SI	NO	
Pregunta 4 Post: Señala la imagen que corresponde a un pie con una huella normal	Huella plana	4,8%	10,4%	0,035
	Huella normal	95,2%	89,6%	

Tabla 24.- Pregunta 4 Post. Señala la imagen que corresponde a un pie con una huella normal/Pregunta 18 Post. Opinión sobre la charla. Clara

Los escolares que consideran que no es bueno utilizar el mismo calzado para caminar que para hacer algún deporte son los que consideran que la charla ha sido clara (véase tabla 25).

		Pregunta 18 Post: Opinión sobre la charla. Clara		p
		SI	NO	
Pregunta 15 Post: ¿Es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer deporte?	SI	8,5%	14,9%	0,046
	NO	91,5%	85,1%	

Tabla 25.- Pregunta 15 Post. ¿Es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer deporte?/
Pregunta 18 Post. Opinión sobre la charla. Clara

La mayoría de los escolares que necesitan ayuda para cuidarse los pies son los que dicen que siempre hay que consultar al Podólogo por el tipo de calzado adecuado para practicar deporte, con una significación estadística de 0,045 (véase gráfico 114).

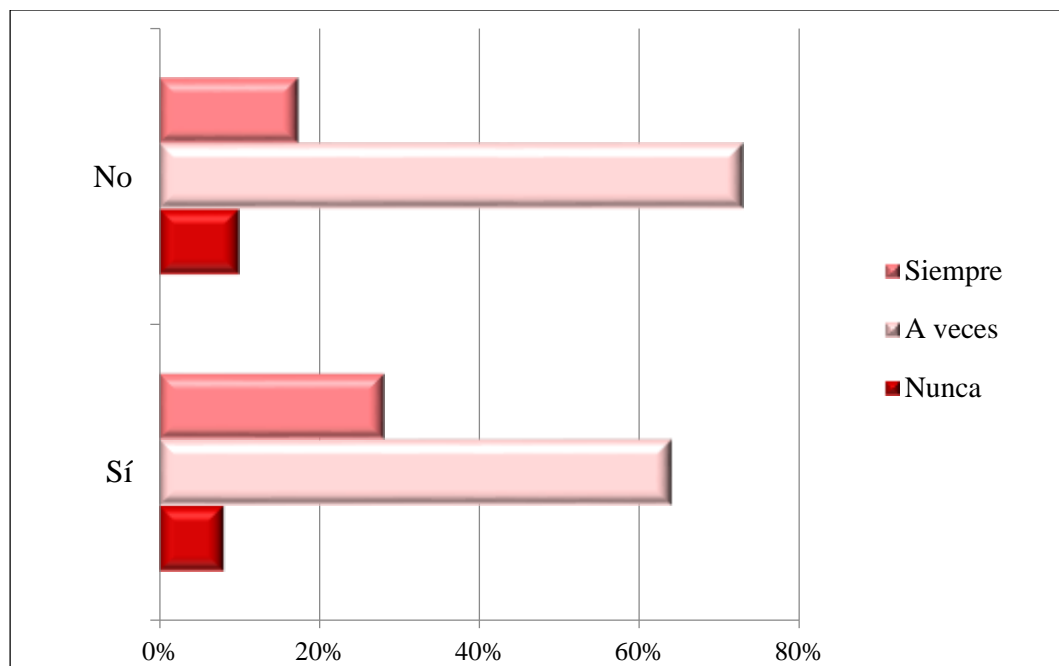


Gráfico 114.- Pregunta 8 Post. Necesidad de ayuda para cuidarse los pies/ Pregunta 16 Post. Consultar al Podólogo por el calzado adecuado para practicar deporte

La mayoría de los escolares que no necesitan ayuda para cuidarse los pies son los que están en total desacuerdo con aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies, con una significación estadística de 0,009 (véase gráfico 115).

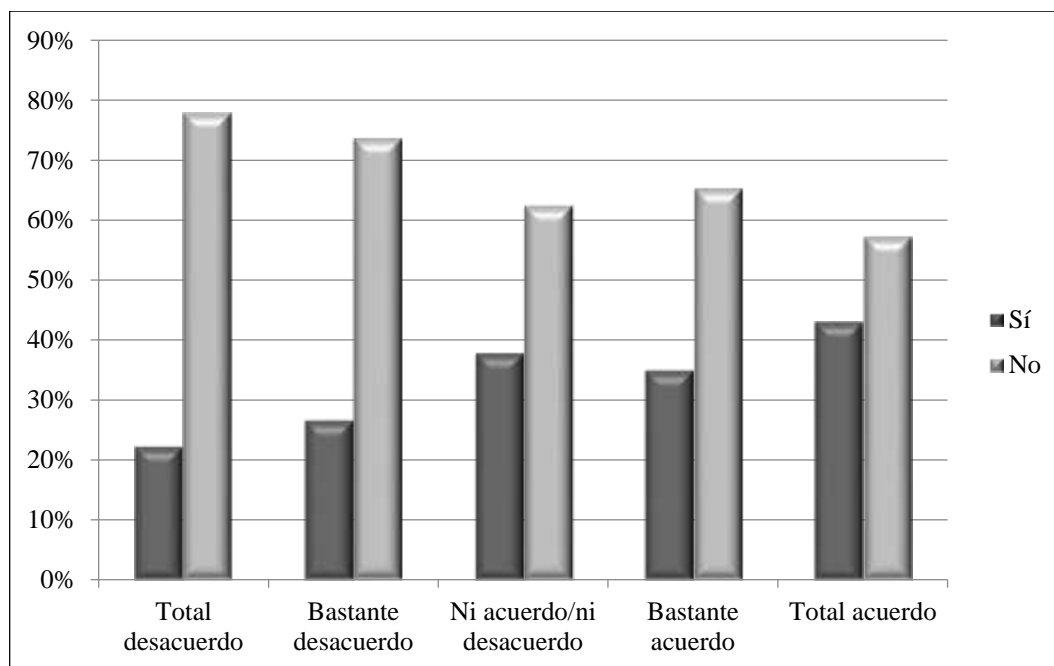


Gráfico 115.- Pregunta 8 Post. Necesidad de ayuda para cuidarse los pies/ Pregunta 9.6 Post. Aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies

La mayoría de los escolares que conocen el nombre de alguna enfermedad en los pies son los que consideran que la charla ha sido larga (véase tabla 26).

		Pregunta 18 Post: Opinión sobre la charla. Larga		p
		SI	NO	
Pregunta 10 Post: Conoces el nombre de alguna enfermedad en los pies	SI	75,9%	60,6	0,030
	NO	24,1%	39,4%	

Tabla 26.- Pregunta 10 Post. Conoces el nombre de alguna enfermedad en los pies/
Pregunta 18 Post. Opinión sobre la charla. Larga

La mayoría de los escolares que no conocen el nombre de alguna enfermedad en los pies son los que consideran que la charla ha sido corta (véase tabla 27).

		Pregunta 18 Post: Opinión sobre la charla. Corta		p
		SI	NO	
Pregunta 10 Post: Conoces el nombre de alguna enfermedad en los pies	SI	45%	64,5%	0,015
	NO	55%	35,5%	

Tabla 27.- Pregunta 10 Post. Conoces el nombre de alguna enfermedad en los pies/
Pregunta 18 Post. Opinión sobre la charla. Corta

6.5. Análisis conjunto Pre-Post

Mediante la prueba de Chi-cuadrado hemos analizado la combinación de todas las variables, pero solamente se han representado las tablas de aquellos en los que se han obtenido relaciones o diferencias estadísticamente significativas.

En la tabla se observa que no se mantienen los resultados pre-post de la pregunta conocimiento del nombre de algunas enfermedades en los pies, hay diferencias significativas, ya que hay un 69,1% de los escolares que no conocen el nombre de las enfermedades del pie de manera previa a la actividad (cuestionario pre) y sí lo conoce en el cuestionario post.

		Pregunta 10 Post: Conocimiento nombre enfermedades del pie		p
		SI	NO	
Pregunta 9 Pre: Conocimiento nombre enfermedades del pie	SÍ	30,9%	20,9%	0,018
	NO	69,1%	79,1%	

Tabla 28.- Pregunta 9 Pre. Conoces el nombre de alguna enfermedad en los pies/
Pregunta 10 Post. Conoces el nombre de alguna enfermedad en los pies

En el gráfico 116 se observa que la mayoría de los escolares que en el cuestionario pre han contestado que eligen el calzado por moda, en el cuestionario post establecen que no están ni en acuerdo ni en desacuerdo con que el calzado debe ajustarse al pie, con una significación estadística de 0,044.

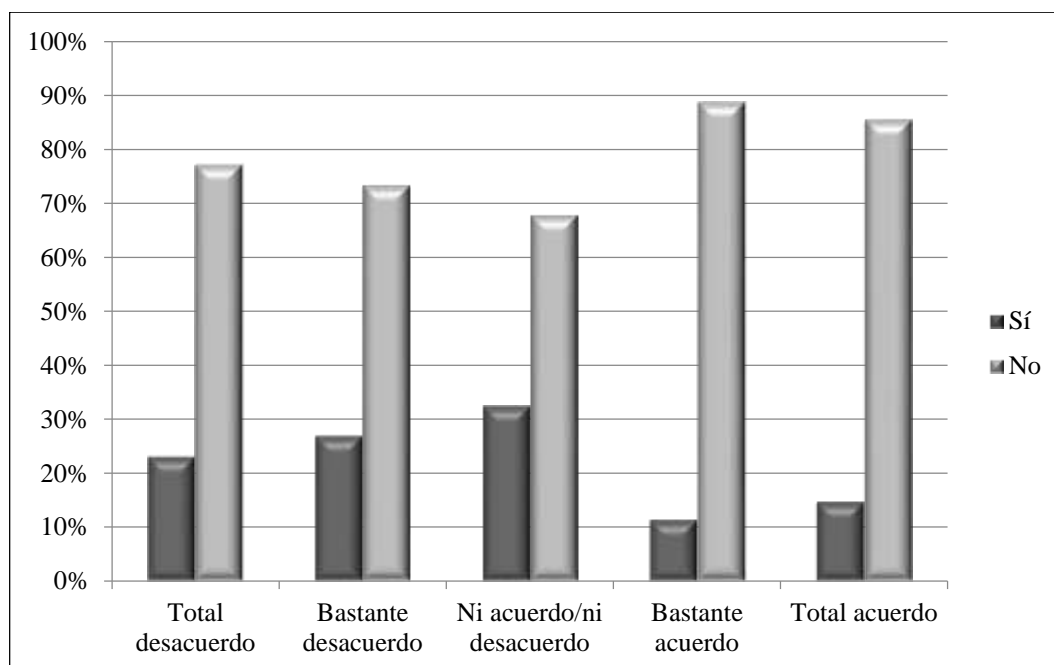


Gráfico 116.- Pregunta 13 Pre. Criterio de elección del calzado. Moda/Pregunta 17.1 Post. El calzado debe ajustarse al pie

En la tabla se observa que no se mantienen los resultados pre-post de la pregunta diseño como criterio de elección del calzado, ya que hay un 68,4% de los escolares que no elige diseño en el cuestionario pre y si lo hace en el cuestionario post.

		Pregunta 14 Post: Criterio de elección del calzado. Diseño		p
		SI	NO	
Pregunta 13 Pre: Criterio de elección del calzado. Diseño	SÍ	31,6%	21,7%	0,027
	NO	68,4%	78,3%	

Tabla 29.- Pregunta 13 Pre. Criterio de elección del calzado. Diseño/ Pregunta 14 Post. Criterio de elección del calzado. Diseño

En la tabla se observa que no se mantienen los resultados pre-post de la pregunta precio como criterio de elección del calzado. Un 72,3% de los escolares que no tienen en cuenta el precio en el pre, sí lo hace en el cuestionario post.

		Pregunta 14 Post: Criterio de elección del calzado. Precio		p
		SI	NO	
Pregunta 13 Pre: Criterio de elección del calzado. Precio	SÍ	27,7%	19,5%	0,033
	NO	72,3%	80,5%	

Tabla 30.- Pregunta 13 Pre. Criterio de elección del calzado. Precio/ Pregunta 14 Post. Criterio de elección del calzado. Precio

En la tabla 31 se observa que los escolares que en el cuestionario pre consideran que no es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer algún deporte, en el cuestionario post son los que necesitan ayuda para el cuidado de los pies.

		Pregunta 8 Post: Necesidad de ayuda para cuidarse los pies		p
		SI	NO	
Pregunta 14 Pre: ¿Es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer deporte?	SÍ	9,6%	19,4%	0,008
	NO	90,4%	80,6%	

Tabla 31.- Pregunta 14 Pre. ¿Es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer deporte?/ Pregunta 8 Post. Necesidad de ayuda para cuidarse los pies

En la tabla 32 se observa que se mejoran los resultados pre-post de la pregunta *es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer deporte*, un 15% de los que respondieron “sí” en el cuestionario pre, ahora han respondido “no” en el cuestionario post.

		Pregunta 15 Post: ¿Es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer deporte?		p
		SI	NO	
Pregunta 14 Pre: ¿Es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer deporte?	SÍ	26,5%	15%	0,038
	NO	73,5%	85%	

Tabla 32.- Pregunta 14 Pre. ¿Es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer deporte?/
Pregunta 15 Post. ¿Es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer deporte?

En el gráfico 117 puede observarse que la mayoría de los escolares que en el cuestionario pre consideran que es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer algún deporte, son los que han respondido en el cuestionario post que siempre hay que consultar al Podólogo por el tipo de calzado adecuado para practicar un deporte, con una significación estadística de 0,031.

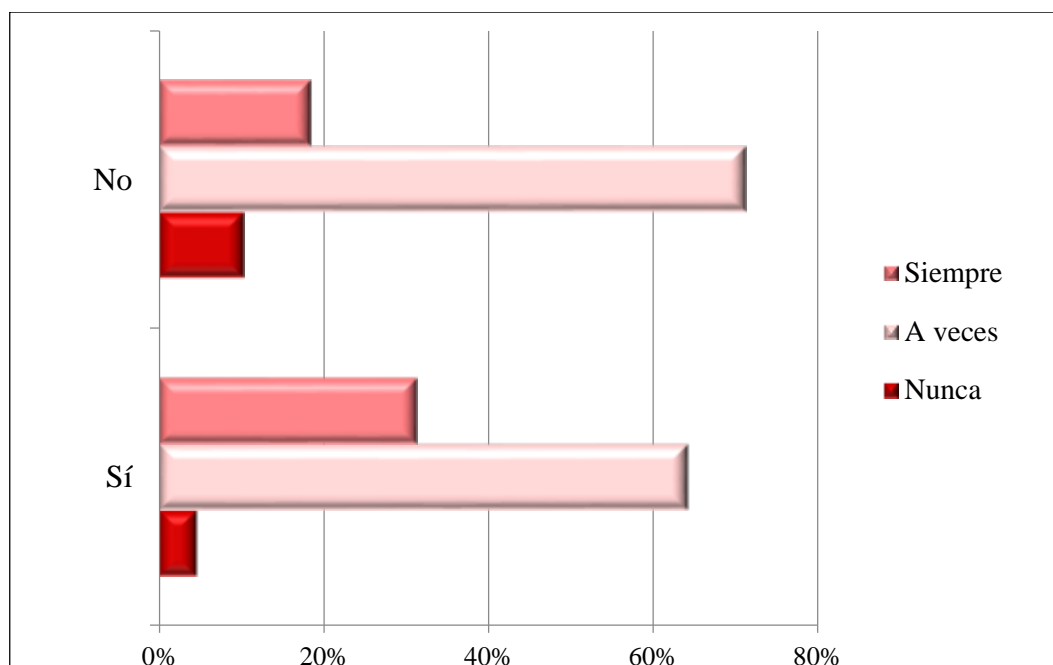


Gráfico 117.- Pregunta 14 Pre. ¿Es bueno utilizar el mismo calzado para diario que hacer deporte?/Pregunta 16 Post. Consultar al Podólogo por el calzado adecuado para practicar deporte

Los escolares que previamente contestaron que no es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer deporte, son los que posteriormente han contestado que están bastante en desacuerdo en que el tacón debe medir 2 cm, con una significación estadística de 0,002 (véase gráfico 118).

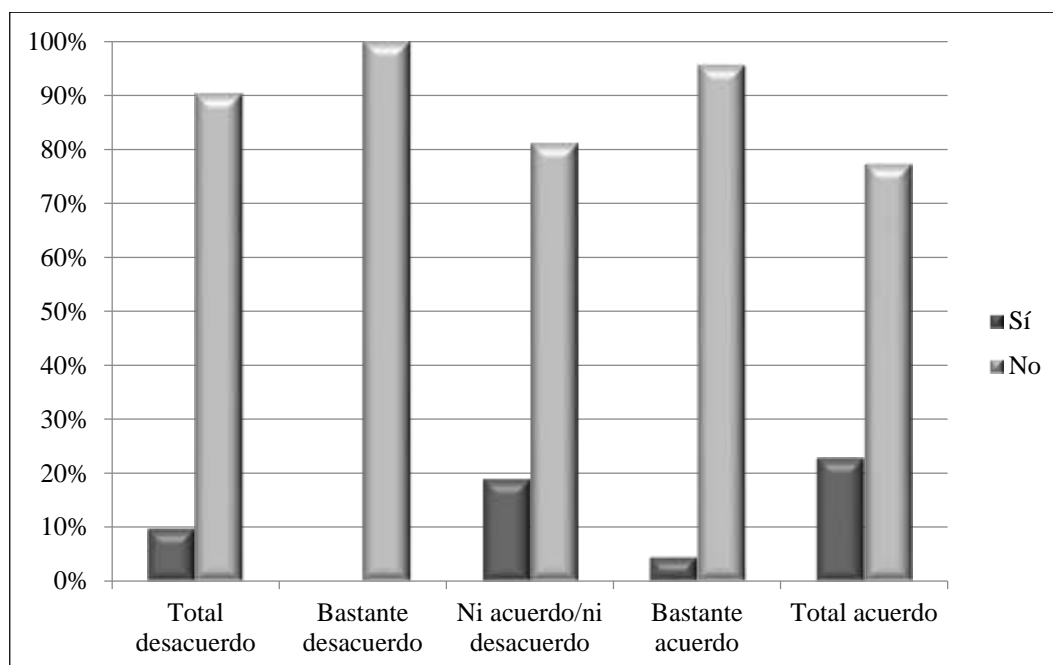


Gráfico 118.- Pregunta 14 Pre. ¿Es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer deporte?/Pregunta 17.6 Post. El tacón debe medir 2 cm

Más de la mitad de los escolares que previamente han elegido la charla como método educativo para aprender sobre el cuidado de los pies, son los que posteriormente la han valorado como corta (véase tabla 33).

		Pregunta 18 Post: Opinión sobre la charla. Corta		p
		SI	NO	
Pregunta 18 Pre: Método con que te gustaría aprender para saber cuidarte los pies. Charla	SÍ	55%	37%	0,021
	NO	45%	63%	

Tabla 33.- Pregunta 18 Pre. Método con que te gustaría aprender para saber cuidarte los pies. Charla / Pregunta 18 Post. Opinión sobre la charla. Corta

6.6. Valoración global de la charla

6.6.1. Perfil del escolar que más ha aprendido con la charla-coloquio sobre el cuidado de los pies

En la tabla 34 puede observarse el perfil del escolar que más ha aprendido con la charla-coloquio sobre el cuidado de los pies.

Perfil	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Percentiles			p
					25	50	75	
Sagrada familia	9,36	1,626	0	10	9,00	10,00	10,00	0,001
Los que tienen intención de ir al Podólogo	9,20	1,209	3	10	9,00	10,00	10,00	0,022
Total acuerdo en mirarse los pies todos los días	9,25	1,198	0	10	9,00	10,00	10,00	<0,001
Total acuerdo en que el corte de las uñas debe ser recto	9,15	1,438	0	10	9,00	10,00	10,00	0,001
Total acuerdo en no aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies	9,49	0,754	7	10	9,00	10,00	10,00	0,005
Total acuerdo en cambiar los calcetines después del ejercicio físico	9,16	1,383	0	10	9,00	10,00	10,00	<0,001
Total acuerdo en curar las heridas en el pie inmediatamente	9,16	1,330	0	10	9,00	10,00	10,00	0,001
Consultar al Podólogo siempre por el tipo de calzado adecuado para practicar un deporte	9,25	1,605	0	10	9,00	10,00	10,00	<0,001
Total acuerdo en que el calzado debe ajustarse al pie	9,15	1,403	0	10	9,00	10,00	10,00	0,001
Total acuerdo en que la parte más ancha del pie debe coincidir con la parte más ancha del calzado	9,16	1,347	0	10	9,00	10,00	10,00	0,003
Total acuerdo en que el material del calzado debe ser transpirable	9,14	1,393	0	10	9,00	10,00	10,00	<0,001
Total acuerdo en que el calzado debe estar sujeto con cordones o velcros	9,15	1,245	0	10	9,00	10,00	10,00	0,006
Total acuerdo en que el tacón debe medir 2 cm	9,29	1,207	0	10	9,00	10,00	10,00	<0,001

Tabla 34.-Perfil del escolar que más ha aprendido sobre el cuidado de los pies

6.6.2. Perfil del escolar que menos ha aprendido con la charla-coloquio sobre el cuidado de los pies

En la tabla 35 puede observarse el perfil del escolar que más ha aprendido con la charla-coloquio sobre el cuidado de los pies.

Perfil	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Percentiles			p
					25	50	75	
Arias Montano	8,74	1,654	0	10	8,00	9,00	10,00	0,001
Los que no tienen intención de ir al Podólogo	8,81	1,630	0	10	8,00	9,00	10,00	0,022
Bastante acuerdo en mirarse los pies todos los días	8,66	1,573	1	10	8,00	9,00	10,00	<0,001
Ni acuerdo/ni desacuerdo en lavarse los pies	7,11	2,205	2	10	6,50	8,00	8,00	0,002
Ni acuerdo/ni desacuerdo en que el corte de las uñas debe ser recto	8,53	1,137	6	10	8,00	9,00	9,00	0,001
Ni acuerdo/ni desacuerdo en cambiar los calcetines después del ejercicio físico	8,48	1,235	5	10	8,00	9,00	10,00	<0,001
Bastante acuerdo en curar las heridas en el pie inmediatamente	8,71	1,366	2	10	8,00	9,00	10,00	0,001
Nunca consultar al Podólogo por el tipo de calzado adecuado para practicar un deporte	8,18	2,216	0	10	7,75	9,00	10,00	<0,001
Bastante acuerdo en que el calzado debe ajustarse al pie	8,66	1,130	5	10	8,00	9,00	10,00	0,001
Ni acuerdo/ni desacuerdo en que la parte más ancha del pie debe coincidir con la parte más ancha del calzado	8,58	1,525	1	10	8,00	9,00	10,00	0,003
Bastante acuerdo en que el material del calzado debe ser transpirable	8,65	1,169	5	10	8,00	9,00	10,00	<0,001
Bastante acuerdo en que el calzado debe estar sujeto con cordones o velcros	8,55	1,530	2	10	8,00	9,00	10,00	0,006
Ni acuerdo/ni desacuerdo en que el tacón debe medir 2 cm	8,65	1,622	1	10	8,00	9,00	10,00	<0,001

Tabla 35.-Perfil del escolar que menos ha aprendido sobre el cuidado de los pies

7. DISCUSIÓN

7. DISCUSIÓN

Este trabajo de investigación ha aprovechado la infraestructura creada por el PSEP, de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, para la realización de una actividad de EpS buscando el fomento de la salud podológica y la figura del podólogo en la comunidad escolar. Desde el PSEP se promueve la prevención primordial, primaria y secundaria para ayudar a disminuir aquellos factores que contribuyen a la presencia de la enfermedad en las extremidades inferiores de los escolares y a la detección precoz de enfermedades podológicas en la población escolar (Piédrola, 2008; Álvarez, 2015; Ramos et al, 2016b). La Promoción de la Salud y la EpS en el ámbito escolar pretenden que el alumnado desarrolle hábitos y costumbres saludables, y que desestime aquellas pautas de comportamiento que impiden o dificultan la adquisición del bienestar físico y mental (González et al, 2005). La realización de actividades de EpS en los centros docente dirigidas a escolares y a toda la comunidad educativa ayudan a conocer y divulgar la Podología, consideramos que los escolares son el grupo social más receptivo al aprendizaje y a la incorporación de conocimientos, ocasionando como consecuencia un aumento de la calidad de vida y un fortalecimiento de la salud (De la Vega y Santos, 2000; Ramos, 2007). Con ello, disminuimos el desconocimiento, por parte de los escolares y sus familiares, de la actividad podológica, como refieren diversos autores (Hernández-Aguado et al, 2005; Ramos, 2007; Pérez et al, 2008, Ramos et al, 2016a). Para fundamentar las intervenciones se han tenido en cuenta los valores que supusieron las declaraciones y cartas de la OMS, que dieron a la participación en la comunidad un papel esencial (World Health Organization, 2012). Es necesario que se tomen iniciativas implicando cada vez más a la población y a los profesionales sanitarios en actividades que favorezcan que las personas se doten de los recursos necesarios para alcanzar una vida sana, autónoma y alejada de situaciones de dependencia (López et al, 2012).

La investigación se ha realizado sobre los escolares de 5º y 6º de Educación Primaria matriculados en los centros educativos seleccionados, ubicados en la ciudad de Sevilla, pues consideramos que son los niveles educativos adecuados para aprender una conducta de higiene saludable, puesto que los hábitos nocivos en la mayoría de los casos no están aún instaurados y, de estar presentes, es posible modificarlos. Al recoger los datos hemos utilizado la denominación de hombres y mujeres, en lugar de niños y niñas, por cumplir con la terminología de las variables en investigación respecto al sexo. La

recogida de la muestra se ha realizado siguiendo las exigencias legales recogidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, al manejar datos personales, no obstante durante el desarrollo de la investigación se respetaron las cuestiones éticas propias de los Programas de Salud, como es el caso del consentimiento informado, que se solicitó a los representantes legales de los escolares.

Estimamos que la puesta en marcha de nuestra actividad se justifica plenamente, ya que los gastos en recursos son escasos, no existe la posibilidad de producir complicaciones ni molestias para los participantes, que pudieran representar algún tipo de restricciones de carácter ético y los beneficios sociales y en salud pueden ser elevados.

Las medidas destinadas a mejorar la salud desde la infancia tienen un enorme potencial en años de calidad de vida, ya que sus efectos se prolongan en el tiempo. Para hacer frente a los problemas emergentes de salud, no podemos esperar a que un joven haya adquirido hábitos insalubres para iniciar la reeducación, sino que debe favorecerse que la familia, la escuela y los sanitarios eduquen en un estilo de vida saludable. Por ello, la EpS, coincidiendo con Casero (2008), es muy importante en la sociedad actual para aumentar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar estilos de vida que promuevan la salud.

Coincidimos con la recomendación de San Martín (1989) y Ramos (2007), cuando afirman que la salud en general debe ser fomentada y protegida permanentemente, por lo que consideramos que la salud podológica también debe ser fomentada y protegida permanentemente, mediante las actuaciones de Salud Pública que la sociedad se pueda permitir en cada momento, a través de la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad y no solamente con el tratamiento de los problemas podológicos.

Las nuevas demandas sociales de actividades preventivas en materia de salud (OPS, 2009) deberán propiciar la adaptación de la Podología a ese nuevo marco asistencial, ya que la medida de la salud percibida ha adquirido una progresiva importancia en los últimos años al evaluar las necesidades de salud y de las intervenciones sanitarias.

Estamos de acuerdo con Piédrola (2008) en que Promover la Salud y la Prevención de la Enfermedad es fundamental para mejorar la salud de la comunidad, no quedándonos sólo con la atención clínica individual, sino fomentando y promocionando el bienestar de la población, promoviendo entornos y estilos de vida saludables y en la que trabajar por la salud se asuma como una tarea de todos, permitiendo que los individuos, familias y comunidades puedan alcanzar su máximo potencial de desarrollo, salud, bienestar y autonomía.

La escuela es el lugar idóneo para hacer EpS, ya que allí convergen padres, educadores, escolares y sanitarios (López, 2011). Coincidimos con García (2006), en que es el espacio donde confluyen las oportunidades de aprendizaje, el diálogo de saberes e ignorancias y donde se aprenden las habilidades para la vida. La escuela no puede ser una isla ajena al archipiélago que conforma su contexto socioeducativo, sino que debe conocer la realidad de las familias y los problemas y necesidades que tienen los escolares de sus centros educativos. La EpS desarrollada en la escuela es apropiada y efectiva si se mantiene a lo largo del tiempo y se utilizan las técnicas adecuadas. Coincidimos con Barrio et al (2008), en que la mayoría de los comportamientos relacionados con la salud se aprenden en la niñez y en la adolescencia, coincidiendo con el periodo escolar. Por ello, de acuerdo con Serrano-López et al (2015), es hora de aumentar y mejorar las intervenciones de EpS en la escuela, sobre todo en los centros docentes con más fracaso escolar y problemática sociosanitaria. Para llevar a cabo una EpS de calidad en las escuelas se debe contar con la comunidad escolar, con las administraciones educativas y sanitarias y con el profesorado. Lo ideal es que la EpS esté incluida de manera transversal en el currículo educativo, pero eso se queda en teoría y ha dado lugar a controversia, la realidad nos muestra que no es así. Los intentos para incorporar la EpS como tema transversal en el currículum educativo de nuestro país no han sido suficientes para que ésta se integre de forma sistemática y generalizada en los proyectos curriculares de todas las escuelas, y tampoco nos sirve una actividad puntual. Gavidia y Rodes (2000) comentan que esta idoneidad viene marcada por los requisitos de asistencia generalizada del alumnado, instalaciones de aulas adaptadas, materiales educativos adecuados y profesionales capacitados. De acuerdo con estos autores, de esta forma, sería posible que los programas de salud en la escuela vayan más allá de la simple difusión de información referente a la salud y abarquen la adquisición de conceptos, actitudes y conductas que

ayuden a los escolares a tener una vida presente y futura más saludable. Por todo ello, la EpS dentro del ámbito escolar, y entendida como medida educativa, se convierte en una línea fundamental de actuación para promover la salud en todos sus aspectos. Sin embargo el profesorado percibe como mayor dificultad para su desarrollo en los centros docentes la falta de consideración hacia su trabajo, la escasez de recursos, de apoyo y la falta de formación que tienen para desarrollar los temas de salud, pero esto más que entenderse como una dificultad, debe entenderse como una solución basada en una adecuada formación en metodologías para trabajar transversalmente la EpS. Mientras esto ocurre y se implantan estas actividades, somos nosotros los que debemos desplazarnos a los centros docentes para acercar esos conocimientos en salud podológica a los escolares, ya que desde nuestra propia experiencia como alumna de educación infantil, primaria y secundaria no hemos recibido ningún tipo de formación relacionada con la salud de los pies, no ha sido hasta nuestra formación universitaria cuando he recibido esos conocimientos, destacando que a pesar de la proximidad geográfica con otras disciplinas sanitarias como son Enfermería y Fisioterapia, estos alumnos también carecen de esa formación, por lo que hasta el momento corresponde a los podólogos transmitir esos conocimientos.

Desde Podología se debe dar respuesta a las nuevas y crecientes demandas sociales, como ya lo han hecho otras disciplinas afines como Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Odontología o Farmacia, que han incluido, en la materia troncal de Salud Pública, disciplinas en cuya denominación aparece el término de “Comunitaria”. Estas asignaturas o especialidades han permitido, y todavía lo hacen en la actualidad, desarrollar los contenidos necesarios para que los profesionales sepan actuar en el ámbito comunitario, tanto desde los Centros de Salud como en otros lugares y espacios comunitarios donde surja la necesidad. La Podología Comunitaria por tanto debe encargarse de promover actividades comunitarias, es decir, actividades de actuación y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades e intereses comunes. Esa actuación está basada en los contenidos científicos de la Podología y en las experiencias profesionales de los podólogos, llevándose a cabo la denominada “Intervención Comunitaria” (Martín y Cano, 2010), que apoya los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los Determinantes de la Salud y en consecuencia para mejorarla. La Intervención Comunitaria, relacionada con la especialidad de “Podología Preventiva y Comunitaria”, está dirigida a Promocionar la

Salud, Prevenir la Enfermedad e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y de los grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades de salud podológica (Ramos et al, 2011; López et al, 2012).

Mediante este trabajo determinamos la importancia de evaluar las actividades de EpS, tanto para comprender los cambios ocasionados por la acción emprendida, como para determinar en qué grado las actividades desarrolladas han sido efectivas y mediante que procesos se han producido estos cambios. Pues en la infancia, la evaluación de la salud percibida y de las intervenciones educativas representan un reto particular, dado la falta de conocimientos acerca de qué constituye el funcionamiento apropiado a cada edad y cuál es la precisión de la información obtenida a partir de los propios escolares (Rajmil, 2004; Davó et al, 2008; Ramos et al, 2016b). Por ello consideramos que la realización de esta investigación está plenamente justificada, ya que aporta conocimientos a la comunidad científica y a la Podología en particular, en un área, como la prevención, que está en auge en la sociedad actual. Así, la proximidad del podólogo al entorno donde habitan las personas facilita la comprensión del contexto del problema y el diseño de los planes globales de actuación (Gentil, 1993; Ramos et al, 2016a).

No obstante, se evidencia que existen pocos trabajos en este campo, y la EpS mediante los programas de salud en la escuela está, generalmente, desatendida, a pesar de su importancia. Prueba de ello es nuestra propia disciplina en la que no hemos encontrado estudios que evalúen la efectividad de una intervención de EpS, de ahí la imposibilidad de comparar nuestro estudio con otros similares. No obstante sí hemos encontrado en nuestra revisión bibliográfica estudios con objetivos y poblaciones similares pero efectuados desde otras disciplinas de la salud, sobretudo en Atención Primaria (De la Vega y Santos, 2000; Chillón, 2005; González et al, 2008; Mantilla-Urbe et al, 2015).

Nuestro estudio se ha realizado siguiendo una metodología de tipo cuantitativo, considerada la más oportuna por las características de la investigación, ya que es más objetiva y permite medir los resultados, a diferencia del estudio publicado por González et al (2008) que utilizaron una metodología de tipo cualitativo que les permitió identificar cuáles son las necesidades de información en salud percibida por parte de la población, pero no les permitió que los resultados obtenidos fuesen medidos y generalizados. Otros autores (Lima, 2012; Porcel, 2011) combinaron en sus estudios metodología cualitativa y cuantitativa, que les han permitido conocer no sólo la efectividad de los programas sino las condiciones de implementación bajo las cuales aparecían los efectos. Pues la

metodología cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales para identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica (Conde, 2002). La investigación cualitativa tiene reconocido su importante valor por los profesionales de la Salud, y por tanto nosotros como integrantes de una disciplina de Ciencias de la Salud debemos contemplarla en nuestros estudios, hecho que quizás no nos resulte tan ajeno como parece. Coincidimos y por tanto participamos de las conclusiones obtenidas por Yañez et al (2016) donde se pone de manifiesto que la investigación cualitativa es una alternativa válida, con rigor metodológico apropiado que puede resultar de gran interés para los profesionales del ámbito de la Salud. Compartimos que el análisis cualitativo permite extraer mucha información relevante que puede ser coherente con los resultados del análisis descriptivo, pero que correspondería con una fase avanzada y complementaria de este trabajo.

Como ya hemos comentado anteriormente, al realizar una revisión bibliográfica sobre los instrumentos de medida de conocimientos y actitudes en escolares, no encontramos nada relacionado con la salud del pie. Por ello, hemos elaborado nuestros propios instrumentos para la recogida de datos, porque en la actualidad no conocíamos uno ya validado, para utilizarlo como herramienta en nuestra investigación, con las características particulares de nuestro campo profesional. Diseñamos unos cuestionarios que han permitido llegar a un mayor número de participantes de forma poco costosa, y que ha dado la posibilidad de que los datos sean cuantificados y de universalizar la información.

7.1. ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO

En este capítulo realizamos una interpretación de los resultados más significativos obtenidos en nuestro estudio relacionándolos con los objetivos específicos del mismo para discutir los aspectos más destacados.

Objetivo 1: *Diseñar y validar un instrumento que valore los conocimientos y actitudes en salud podológica en escolares.*

En nuestro contexto, no existen herramientas que nos permitan evaluar los conocimientos y actitudes en materia de salud podológica que tienen los escolares. Por ello, uno de los objetivos del presente estudio ha sido diseñar y validar un instrumento con el fin de ser utilizado para la evaluación de la efectividad de las actividades de EpS que se llevan a cabo dentro del PSEP para valorar la mejora o no de los conocimientos y actitudes en materia de salud podológica en escolares de 5º y 6º de Educación Primaria.

Para la validación del contenido de los instrumentos, se empleó la técnica Delphi, por varias razones: en primer lugar, por ser una de las técnicas de consenso más utilizadas en Ciencias de la Salud (Landeta, 2002; Engels y Kennedy, 2007; Boulkedid et al, 2011; Sinha et al, 2011), en segundo lugar, porque permite la selección de expertos/as y por tanto, satisface la necesidad del criterio de adecuación y en tercer lugar por ser conocida por el conjunto de integrantes del panel (Varela-Ruiz et al, 2012). Sin embargo, el método no está exento de críticas por la sencillez de los métodos estadísticos que emplea (Steinert, 2009), considera que sus resultados deben ser interpretados con precaución. Aunque no se pone en duda su capacidad de generación de conocimientos a través de la opinión de expertos (Hsu y Sandford, 2007).

Para la elección del perfil de expertos/as se siguieron las recomendaciones de Martínez (2003), que propone la construcción de criterios de selección teniendo en cuenta la edad, nivel de formación, experiencia profesional, área de trabajo, formación en metodología específica de la disciplina, puesto profesional actual y años de experiencia profesional. Por lo tanto, se seleccionó un panel compuesto por expertos/as de todos los ámbitos de la disciplina podológica para obtener una visión muy diversificada.

Tras analizar el perfil seleccionado, observamos que respondió a un amplio rango de edad, en consonancia con el perfil múltiple elegido, y al género hombre, lo que no coincide con el perfil general de la profesión en España según encuestas del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2015), que refieren la existencia de un mayor porcentaje de mujeres podólogas (58,4%), que de hombres en esta profesión. Sin embargo, esto puede explicarse, porque en la enseñanza Universitaria existe un mayor porcentaje de profesores (62%) frente al de profesoras (38%) (Ministerio de Educación, 2015) y en nuestra

investigación, la dedicación profesional actual predominantes de los expertos era la docencia y la investigación.

Desde la primera ronda hubo un elevado consenso en relación a la adecuación de los ítems propuestos, que desplazaba las puntuaciones hacia valores en el percentil 75 (muy adecuado o bastante adecuado) que refleja la buena selección y contextualización de los ítems en la construcción de los instrumentos. De la propuesta inicial de los 19 ítems en el cuestionario pre-charla y de los 20 ítems en el cuestionario post-charla, solamente se eliminó el ítem *De las siguientes competencias profesionales, ¿cuáles no corresponden al podólogo?*, dentro del dominio conocimiento y figura del Podólogo, en la primera ronda de validación por el panel de expertos, al no superar este ítem el 50% en la puntuación de muy adecuado por los expertos y al recibir sugerencias de mejora y de difícil comprensión del significado por parte de los escolares en las valoraciones cualitativas realizadas por los expertos (*“tengo dudas respecto a que los alumnos comprendan el significado de “competencia profesional” antes de la charla..”*; *“muy específicos de nuestra profesión que no creo que estén a la altura de la población a la que va dirigido...”*). A la vista de los resultados, se hizo necesario una segunda ronda de validación por el panel de expertos.

Con respecto a la fiabilidad de las respuestas de los expertos, los valores del coeficiente de correlación intraclase se sitúan en el intervalo 0,89-0,92 en el cuestionario pre-charla y en el intervalo 0,86-0,93 en el cuestionario post-charla, similar al obtenido por Porcel (2011), cuyos valores se sitúan en el intervalo 0,830-0,964.

El consenso de los expertos logrado con la aplicación del método Delphi es muy confiable. El profesional se siente involucrado plenamente en la solución del problema y facilita su desarrollo porque, entre otras cosas, garantiza libertad de opiniones por ser anónimo y confidencial, todo lo cual a nuestro juicio coincide con la literatura revisada (Blasco y López, 2010; Porcel, 2011; Cabero y Llorente, 2013). El método Delphi es muy laborioso y demanda tiempo su aplicación, debido a que se requiere como mínimo de dos vueltas para obtener el consenso necesario (Hsu y Sandford, 2007; González et al, 2010; Rodríguez et al, 2010), aunque en nuestro trabajo fue necesario realizar tres rondas, al igual que en la investigación de García (2009) y Porcel (2011) e incluso es posible que en ocasiones sea necesario una cuarta ronda, como sucedió con Navarro (2010). Entre sus principales desventajas y como controversia es que es costoso en comparación con otros, ya que requiere del empleo de: tiempo de los expertos, hojas, impresoras, teléfono, correo, etc.

precisa de buenas comunicaciones para economizar tiempo de búsqueda y recepción de respuestas; debe ser llevado a cabo por un grupo de análisis; se emiten criterios subjetivos, de ahí la necesidad de aplicar varias vueltas, buscar técnicas variadas de análisis para obtener un consenso y pruebas estadísticas para determinar su grado de confiabilidad y pertinencia, así como sesgos en la elección de los expertos (Véliz et al, 2013). A pesar de esto, consideramos que las ventajas superan los inconvenientes, por lo que en nuestra investigación nos hemos posicionado a favor de la utilización del método Delphi para la validación de los instrumentos diseñados.

Como ya se señaló anteriormente, debido a que no se han publicado cuestionarios que valoren los conocimientos y hábitos en materia de salud podológica, no es posible poder comparar el contenido de los ítems. No obstante es interesante considerar el trabajo de otros profesionales sanitarios realizados en otras disciplinas, que también tuvieron problemas a la hora de encontrar herramientas similares en su contexto y que guardan relación con el tema de la investigación, como el trabajo de Moreno-Martínez et al (2015), que diseñaron y validaron un cuestionario que valora integralmente los hábitos y conocimientos en higiene corporal en niños de 7 a 12 años en el entorno educativo y sociosanitario, estructurado en tres secciones:

- 1) Características familiares y sociodemográficas.
- 2) Valoración de conocimientos y hábitos en higiene corporal, compuesto por varias dimensiones: piel, cabello, manos, bucodental, podológica, óptica, ótica y perineal.
- 3) Otros aspectos relacionados con la higiene.

Así como el estudio de Ramos-Morcillo et al (2013) que elaboraron y validaron un instrumento para medir las actitudes ante las actividades de prevención y Promoción de la Salud, estructurado en tres secciones:

- 1) Características socioprofesionales.
- 2) Principales intervenciones preventivas y de Promoción de la Salud.
- 3) Aspectos profesionales.

Nos encontramos que los instrumentos utilizados en nuestra investigación son de fácil y rápida administración, siendo bien aceptados por los escolares. Estos instrumentos

han demostrado poseer una validez adecuada para medir los conocimientos y actitudes en salud podológica en escolares de 5º y 6º de Educación Primaria. Además presentan una buena comprensibilidad sin porcentajes de no respuesta y su administración es rápida. Evalúan los conocimientos, frecuencia y hábitos en salud podológica en población escolar de 5º y 6º de Educación Primaria; permite estudiar para cada dimensión el grado de autonomía en los autocuidados higiénicos cotidianos en los pies, reconocer los agentes transmisores de conocimientos y valorar la importancia que les merece la higiene de los pies. Por tanto la información obtenida con estos cuestionarios puede ser útil para realizar una adecuada planificación de una intervención educativa, pues ayudan a identificar las carencias y necesidades en materia de salud podológica que tienen los escolares en los que se ha validado. Por lo tanto, a partir de ahora, se intentará aplicar estos instrumentos de manera sistemática en todas las actividades de EpS que se organicen dentro y fuera del PSEP. Además destacar los beneficios que supone para la comunidad científica en general y para la Podología en particular, ya que aumenta el cuerpo de conocimiento pues según los resultados obtenidos se proponen dos instrumentos válidos que pueden ser utilizados por otros investigadores para el estudio de los conocimientos y hábitos en materia de salud podológica en escolares de 5º y 6º de Educación Primaria. Además de su utilización como instrumentos de medición de los conocimientos y hábitos, puede ser de utilidad para el descubrimiento de otros aspectos relacionados con las distintas variables que los componen.

Objetivo 2: *Valorar el grado de conocimientos de los escolares sobre el cuidado de los pies, antes de la actividad educativa.*

Según reflejan los resultados de nuestro estudio, y contra lo esperado, el 92% de los escolares conocían la figura y funciones del podólogo de manera previa a la actividad educativa. Analizando el motivo que justifica esta respuesta, consideramos que es debida a que los centros educativos, a excepción del CEIP Borbolla que se encuentra en el Distrito Nervión, en los que se ha llevado a cabo la evaluación tienen una proximidad geográfica a la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, ya que se encuentran ubicados en los distritos municipales “Casco Antiguo” y “Macarena”, de la ciudad de Sevilla, lo que nos hace pensar que pueda existir una cierta cultura podológica en sus familias debido a la zona en la que residen. La implantación de los estudios de Podología se llevó a cabo en el año 1.990 y es posible que esté calando en

la sociedad el trabajo que, ininterrumpidamente desde el curso 1.996-1.997, se lleva a cabo por los responsables de la asignatura de Podología Preventiva y Comunitaria con el PSEP. Estos resultados positivos no son extrapolables a los centros educativos ubicados en otros distritos municipales de la ciudad de Sevilla, porque se encuentran más alejados de la Facultad y con otros contextos socioeducativos distintos, y en los que posiblemente encontraríamos un mayor desconocimiento por parte de la población escolar de la figura y funciones del Podólogo.

Otra justificación de los resultados encontrados podría ser que de manera transversal esos contenidos sobre la figura del podólogo se hayan introducido en las materias de estudio de los escolares, por parte de los profesores que los han adquirido y aplicado en sus enseñanzas. Condicionante que no se ha analizado en esta investigación y que sería interesante averiguar en futuros estudios.

A diferencia de nuestros resultados, el estudio de Mejías (1998) establece que sólo el 68,27% de la población tiene conocimientos sobre la figura del podólogo. Al igual que el estudio publicado por De la Vega (2000), en el área de Enfermería, donde establece que la población escolar de la localidad escogida, que es municipio cabecera y lugar de ubicación del Centro de Salud, desconocía, en un altísimo porcentaje, el trabajo realizado en el Centro de Salud. Dávila y Mujica (2008), en el área de Odontología, destacaron que el nivel de conocimientos sobre salud oral y prevención de enfermedades orales fue malo antes de aplicar el programa educativo. Hoyos y Pérez (2009) cuando analizaron el nivel de conocimientos sobre el dengue, resaltaron también el bajo nivel de conocimientos que tenía la población de manera general.

En base a los resultados encontrados previos a la actividad educativa proponemos, como mejora para futuras investigaciones en el tema, averiguar las fuentes de conocimiento de los escolares para aprender sobre la figura y funciones del Podólogo, así como averiguar si ese conocimiento que consideran tener los escolares es real, o puedan estar confundiendo la figura del Podólogo con la de otro profesional o persona que haya actuado sobre sus pies.

A pesar de este elevado porcentaje de escolares que conocen la figura y funciones del Podólogo, el 56% de los escolares que componen la muestra no han visitado nunca al Podólogo, mismo porcentaje de escolares que no ha recibido información sobre el cuidado de los pies y de los que lo han recibido, un 27,9% lo ha hecho a través de su

familia y un 20,9% de los escolares a través del Podólogo. Lo que confirma la necesidad de realizar EpS en materia de salud podológica pues el 64% de los escolares están totalmente de acuerdo en que los pies son una parte importante del cuerpo y a estas edades ya son ellos mismo los responsables del autocuidado de sus pies, pero necesitan conocer cómo hacerlo correctamente y aprender las habilidades.

Previamente a la actividad educativa, la mayor parte de los escolares evaluados (70%) no necesita ayuda para cuidarse los pies. En cuanto al cuidado diario de los pies, el 43 % de los escolares están bastante de acuerdo en que hay que mirarse los pies y el 65% totalmente de acuerdo en que hay que lavárselos. A pesar de ese gran porcentaje de escolares que no necesitan ayuda para cuidarse los pies, sólo un 24,9% está totalmente de acuerdo en que el corte de las uñas de los pies debe ser recto, un 59,7% en que hay que secarse muy bien entre los dedos de los pies y sólo un 4,2% está en total desacuerdo con aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies. Por lo tanto habría que enseñarles la manera de realizar un cuidado saludable de sus pies, previniendo la aparición de patología podológica y de esta forma crecer fomentando una buena salud podológica y que ellos mismos puedan transmitir esa información a la comunidad. De esta manera se reforzaría la implicación activa y empoderamiento de las comunidades en el desarrollo sanitario, al dar formación a algunos de sus miembros y hacerlos participar como agentes de salud comunitarios (OMS, 2016), para conseguir ciudadanos activos y comprometidos con la salud podológica.

De manera previa a la actividad educativa, el 72,9% de los escolares desconocen, el nombre de alguna enfermedad en los pies, siendo los hongos (7,9%), papilomas (5,1%) y juanetes (4,2%) las enfermedades más conocidas por el porcentaje restante de escolares. Un 52,1 % de los escolares están totalmente de acuerdo en que caminar descalzo en sitios públicos es perjudicial para la salud de sus pies y el 61,9% de los escolares están en total desacuerdo en intercambiar el calzado con otra persona. Estos dos últimos aspectos son fundamentales, pues sino son tenidos en cuenta pueden provocar la aparición de ciertas afecciones en los pies, por ello es muy importante incidir en estos dos aspectos durante la actividad educativa realizada a los escolares.

El calzado tipo deportivo está muy generalizado entre los escolares, en los resultados pre-charla. Los dos tipos de calzado más utilizados frecuentemente por los escolares de nuestra investigación son el deportivo (77%) y el colegial (15,4%), aunque la mayoría de los escolares (83,65), consideran que no es bueno utilizar el mismo calzado

para diario que para hacer deporte. Consideramos que a medida que los escolares se van haciendo mayores, son ellos los que imponen sus criterios en la elección del calzado, en el caso de los escolares de la muestra, un 70,4% tienen en cuenta la comodidad como criterio de elección.

En cuanto a las características del “calzado saludable”, el 62,3% de los escolares están totalmente de acuerdo en que el calzado debe ajustarse al pie, el 57% considera que la parte más ancha del pie debe coincidir con la parte más ancha del calzado, el 41,1% que el material de corte debe ser transpirable y el 67% de los escolares están en total acuerdo en que el calzado debe estar sujeto mediante cordones o velcros, aunque están en total desacuerdo (46,7%) en que la suela deba tener dibujos y que la altura del tacón (20,8%) debe medir 2cm. Por lo tanto, a través de las intervenciones educativas se debe informar sobre las características del “calzado saludable” (IBV, 1999), pues el calzado debe elegirse de acuerdo al pie y no con la vista o por moda, así como educar en los criterios de elección, adaptados a los diferentes usos que se le vaya a dar, sobre el mantenimiento y cómo saber cuándo desechar el calzado deteriorado o pequeño, según Gentil y Fuentes (1998), pues así además de dejarse influir por la moda tengan en cuenta que es adecuado para la salud de sus pies. De acuerdo con los estudios de Cañas (2014) y Ramos et al (2016b), gran parte de las patologías del pie se deben a un mal uso del calzado, por lo que la elección del calzado es un factor importante para la salud de nuestros pies. Este tipo de información consideramos que es necesaria transmitirla también a los padres/madres y familiares de los escolares de menos edad, pues en algunos casos todavía deciden ellos en la elección del calzado.

Objetivo 3: *Valorar el grado de conocimientos de los escolares sobre el cuidado de los pies, después de la actividad educativa.*

Después de la charla se ha aumentado en muy poco el porcentaje los escolares que conocen la figura del podólogo (98,8%), cuando lo esperado en base a los resultados previos es que el 100% de los escolares llevaran esa información adquirida, pues en la primera parte de la intervención educativa se desarrollan contenidos sobre la figura y funciones del podólogo, así como de la Podología, lo que nos hace plantearnos donde se ha producido el error para que los resultados hayan variado tan poco, aproximadamente 0,7%, respecto a los resultados previos (92%). Quizás pueda deberse a circunstancias relacionadas con el propio escolar como la motivación o su atención a la charla o pueda

ser debido al propio educador, porque no dejara suficientemente aclarado esos contenidos, o a la charla educativa en sí.

Después de la actividad educativa ha aumentado el número de escolares que acudirían al Podólogo para resolver un problema en sus pies, pasando de un 89,2% a un 97,1%, después de la intervención, por lo que ha quedado claro y ha sido efectivo el mensaje transmitido de que “el único profesional sanitario dedicado sólo y exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, es el Podólogo”, y que todo Podólogo colegiado, tiene la obligación de transmitir cuando realice charlas, entrevistas o conferencias de carácter social, sanitario o divulgativo (Colegio Profesional de Podólogos de Andalucía, 2011).

El 92,2% de los escolares sabe identificar una huella normal, después de la actividad educativa, frente a los resultados previos 54,7%. El porcentaje de los escolares que identifica perfectamente los tres tipos de pies que existen en función de la longitud de los dedos es de un 95,4%, por lo que la información transmitida sobre el pie en la intervención educativa ha sido efectiva pues los escolares han adquirido esos conocimientos. Esta información resultará de gran utilidad para los escolares que podrán escoger el calzado que mejor se adapte a la fisonomía de sus pies, en función de que tengan un pie cuadrado, griego o egipcio, así como asesorar a sus familiares.

Después de la actividad educativa, ha bajado levemente el porcentaje de escolares que considera que no necesita ayuda para cuidarse los pies (69,4%), frente al 70% que obtuvimos de manera previa a la actividad educativa, esto puede deberse a que tras la actividad educativa y la información impartida se han dado cuenta que tenían carencias y que no sabían cuidar adecuadamente de la salud de sus pies, pues después de la charla el 83,1% de los escolares consideran que los pies son una parte importante del cuerpo, respecto al 64% previo.

Destacar que los resultados, dentro de la dimensión “pie y su cuidado” del cuestionario post-charla, han aumentado después de la intervención educativa respecto a los resultados previos. En cuanto al cuidado diario de los pies, 64,5% de los escolares están totalmente de acuerdo en que hay que mirarse los pies, frente al 43% que lo estaba previamente, así como el 76,8% en que hay que lavárselos, frente al 65% que lo estaba

previamente. Después de la actividad, un 66,7% de los escolares están totalmente de acuerdo en que el corte de las uñas de los pies debe ser recto, mientras que previamente a la actividad solo lo estaban un 24,9%. Un 80,4% de los escolares están totalmente de acuerdo en secarse muy bien entre los dedos de los pies, frente al 59,7% que lo estaba previamente. Después de la actividad, en relación al ítem *aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies*, el 42,2% de los escolares están en total desacuerdo, mientras que previamente a la actividad educativa el porcentaje era mucho menos (4,2%). Por lo que consideramos que la información transmitida ha sido efectiva, pues esos conocimientos han calado en los escolares que han modificado sus respuestas, por lo que están en condiciones de desarrollar actitudes y hábitos adecuados en relación con la higiene de los pies, con los beneficios que esto supone en el cuidado diario de la salud de los pies.

Dentro de las enfermedades del pie, el 62,6% de los escolares conoce el nombre de alguna enfermedad en los pies después de la charla, frente al 27,1% que previamente a la actividad educativa conocían el nombre de alguna enfermedad en los pies, siendo de nuevo los hongos la enfermedad más conocida por los escolares (22,2%). En la segunda parte de la charla informamos sobre las afecciones y deformidades más frecuentes en los pies en general y sobre las más específicas de su edad, por lo que podemos considerar que la información que se ha transmitido a los escolares sobre esos temas ha sido apropiada y efectiva pues esos conocimientos han sido adquiridos por los escolares. Sin embargo, un 50,6% de los escolares están posteriormente a la actividad educativa en total acuerdo en que caminar descalzo en sitios públicos es perjudicial, frente al 52,1% que lo estaba previamente, por lo que no hemos sido efectivos transmitiendo esa información pues hemos bajado el porcentaje de la respuesta que consideramos como correcta.

Después de la charla se aprecia un cambio estadísticamente significativo por parte de los escolares que realizaran un cambio en base al calzado a utilizar, pues se observa un aumento en la respuesta uso de “calzado saludable” (55%), por lo que parece haber quedado clara la importancia que tiene el calzado en la salud de nuestros pies y que el calzado deportivo debe estar reservado para la realización de deporte, siempre adaptado a las características del mismo, pues el 88% considera que no es conveniente utilizar el mismo calzado para caminar que para hacer algún deporte y el 20,5% considera que siempre hay que consultar al Podólogo por el tipo de calzado adecuado para practicar un deporte, frente al 14,9% previo. Por lo que a través de las intervenciones educativas se ha

divulgado y aumentado el conocimiento a la figura del Podólogo, lo que puede suponer un incremento en el número de consultas por parte de la población que acudirán para recibir consejos podológicos o para resolver un problema en sus pies, con el consiguiente beneficio para las clínicas podológicas de la ciudad de Sevilla, especialmente para las situadas en los distritos municipales donde se ha realizado nuestra investigación.

Durante la tercera parte de la intervención educativa se informa sobre el calzado y las características que debe cumplir el “calzado saludable”. Aunque nuestras expectativas eran de que esos resultados mejoraran tras la charla, en algunos casos se ha producido lo contrario, como ha sido la elección del calzado en función de la comodidad (53,4%), con respecto al 70,4% previo, porcentaje que nos gustaría haber aumentado, ya que lo consideramos un criterio fundamental, antes que el diseño o la moda, lo que nos hace pensar o bien que esa información no ha sido transmitida de manera eficaz o que existen otros factores, como la ubicación geográfica del centro educativo, que influye más en la elección del calzado teniendo en cuenta otros criterios antes que la comodidad. También ha disminuido levemente el porcentaje de escolares que están totalmente de acuerdo en que el calzado debe ajustarse al pie (61,9%), respecto al 62,3% que lo estaban previamente, por lo que a los escolares no les ha quedado claro que es el calzado el que debe ajustarse al pie desde el primer momento y no al revés, pues la selección de la talla adecuada asegurará en gran medida el éxito del calzado. Pero después de la charla, el 65,5% de los escolares están totalmente de acuerdo en que la parte más ancha del pie debe coincidir con la parte más ancha del calzado, el 73,4% considera que el material debe ser transpirable, el 76% que el calzado debe estar sujeto mediante cordones o velcros, el 72,1% están totalmente de acuerdo en que la suela debe tener dibujos y el 45,2% de los escolares considera que el tacón debe medir 2 cm, observando una mejora de estos porcentajes respecto a los resultados previos, por lo que los escolares han mejorado esos conocimientos. Esto nos lleva a considerar que el método de intervención empleado, a nuestro juicio, ha sido adecuado y efectivo, teniendo en cuenta el cambio de conocimientos y hábitos que se han producido respecto a los resultados previos.

Objetivo 4: *Conocer la opinión de los escolares sobre la actividad educativa impartida.*

Después de la intervención educativa, el 52% de los escolares la consideran interesante, un 20% entretenida y un 19% clara. En cuanto al aprendizaje, el 48,7% de los escolares consideran que han aprendido mucho con la charla sobre el cuidado de los pies

y que acudirían a una actividad parecida (91,7%), lo que nos anima a seguir programando este tipo de actividades educativas. Por ello proponemos que se le dé una mayor importancia a estas intervenciones educativas, coincidiendo con Caldés (2005), Martínez et al (2013) y Ramos et al (2016b). Estas consideraciones serán tenidas en cuenta en la realización de futuras actividades educativas y en vista a los resultados obtenidos, se mantendrá el mismo formato en las charlas-coloquio sobre el cuidado de los pies, pues el pequeño porcentaje de escolares que la han considerado larga (5%), no justifica que tengamos que realizar cambios en cuanto a la duración de la actividad.

Como método de intervención educativa elegimos la charla porque es didáctica, permite la participación del grupo, puede hacerse de forma atractiva llamando la atención de los oyentes para que estos se motiven, pues la motivación es lo más importante para la adquisición del conocimiento (Hernández-Díaz et al, 2014). En el futuro con nuestras experiencias y con las propuestas de dos grupos de alumnos realizadas durante las prácticas preclínicas de la asignatura de Podología Preventiva y Comunitaria nos planteamos el realizar juegos educativos sobre el cuidado de los pies, pues es una actividad presente en la escuela y que resulta efectiva cuando pretendemos despertar el interés de los escolares, pues hacen que el proceso de aprendizaje sea divertido y motivador para los estudiantes por su naturaleza competitiva, interactiva e ilustradora (Yonekura y Baldini, 2010). Estas propuestas, unidas a la preferencia de los escolares a utilizar los juegos (36,6%) como metodología para aprender sobre el cuidado de los pies, nos lleva a plantearnos su puesta en marcha en próximas ediciones del PSEP. Consideramos el juego educativo, de acuerdo con Yonekura (2010), como un instrumento potencialmente capaz de contribuir tanto en el desarrollo de la educación como en la construcción de conocimientos en salud, que responde a la doble tarea de aclarar dudas y facilitar el aprendizaje. Para (Orozco, 2014) el aprendizaje basado en juegos permite integrar estrategias didácticas para mejorar el desarrollo de habilidades, además agrega que los juegos digitales son cada vez más utilizados en el área educativa, sin embargo su integración se ve retrasada por el alto coste de producción. Por lo que consideramos puede ser un método efectivo, aunque requiera más esfuerzos a la hora de planificar distintos juegos, que además de ser atractivos para los escolares consigan el propósito para el que se realizan: aprender en salud y adquirir hábitos que permitan crecer fomentando un estilo de vida saludable.

La OMS (1983) en el informe técnico sobre nuevos métodos de ES en Atención Primaria, evidenciaba que se iba avanzando en la incorporación de las teorías del aprendizaje, la pedagogía activa y la relación de ayuda en la práctica de la Promoción de la Salud y EpS, pero en el sistema sanitario seguían predominando las actuaciones grupales basadas solo en la transmisión de información (charlas) y no en el fomento de la motivación y habilidades situándose los profesionales como expertos y las personas participantes como receptoras pasivas. Actualmente, basándonos en nuestra experiencia y de acuerdo con Hernández-Díaz et al (2014) pensamos que existen varias razones que explicarían la distancia entre “lo que se ha demostrado efectivo” y “lo que se hace en la práctica” y que son un déficit en el conocimientos de los modelos teóricos y prácticos de la Promoción de la Salud y en competencias para el diseño e implementación de metodología participativa, una organización que prioriza enfoques individuales y asistenciales frente a enfoques grupales y de prevención o promoción y a la falta de apoyo y valoración de la práctica de la Promoción de la Salud y la EpS. Ante esta realidad cabe plantearse estrategias centradas en la práctica, que motiven y que capaciten.

Estas consideraciones planteadas anteriormente serán tenidas en cuenta a la hora de organizar futuras actividades educativas en la población escolar sobre los cuidados de los pies, modificando los contenidos en los que sea necesario hacer más hincapié, así como en la metodología a utilizar, pues la charla educativa ocupa el segundo lugar (26,5%) en las preferencias de los escolares estando precedidas por los juegos (36,6%) y seguidas por los talleres (16,4%). Por lo que, teniendo en cuenta esta información, queda justificado modificar la planificación de las actividades llevadas a cabo dentro del PSEP, realizando, además de la charla educativa, juegos y talleres para completar la formación recibida y que los escolares pongan en práctica los conocimientos aprendidos y las habilidades adquiridas, teniendo como referencia la metodología que se lleva a cabo desde las líneas de investigación “Podología Preventiva y Comunitaria” y “Salud Podológica para Todos” en otra población diana como son las personas con diabetes en las que realizaran talleres sobre el cuidado de los pies. Esos talleres se componen de varios apartados, en la primera parte de la sesión se imparte una charla-coloquio sobre el cuidado de los pies, estructurada en tres partes: una primera en la que se desarrollan contenidos sobre el pie y su importancia, la figura del podólogo y la Podología, una segunda parte en la que se abordan contenidos sobre alteraciones podológicas más frecuentes y una tercera sobre consejos higiénicos y características del calzado saludable.

Una vez finalizada la charla, se procede al coloquio en el que los asistentes realizaran preguntas sobre las dudas que tenían o que han surgido durante la charla. Posteriormente se pasa a la segunda parte, que consiste en un taller sobre el cuidado de los pies en el que se enseñan y practican habilidades sobre como determinar la longitud y anchura de los pies y su comparación con la longitud y anchura del calzado que se usa el día de la actividad. Cada uno de los asistentes practica habilidades para determinar las dimensiones de sus pies, mediante la elaboración de una palmilla que se puede utilizar como referencia para la compra de un nuevo calzado que queramos que se ajuste perfectamente a los pies para que no produzcan lesiones. Se realiza un análisis crítico del calzado usado por cada uno de los asistentes, teniendo en cuenta las características del calzado saludable que se han comentado en la anterior charla-coloquio. Se entrenan habilidades para que cada persona pueda autoexplorarse sus pies, utilizando métodos que facilitan la exploración aún en los casos de dificultad por pérdida de flexibilidad o impedimentos de otro tipo. También se practican habilidades de primeros auxilios en caso de heridas en los pies. Y se finaliza esta actividad con un juego en el que todos los participantes aprenden habilidades para potenciar la musculatura y aumentar la movilidad del pie. Una vez finalizada esta segunda parte, se pasa a la última sesión que consiste en un taller sobre exploración neurológica básica del pie (Pérez et al, 2006, Ramos y Tovaruela 2014 y 2016).

Se constata la necesidad de realizar actividades de EpS con contenidos sobre hábitos higiénicos y sobre calzado saludable, ya que como demuestran los objetivos anteriores ha habido un aprendizaje de esos contenidos, observándose un cambio en positivo en las respuestas de los escolares. Por lo tanto resulta fundamental integrar la EpS podológica en la escuela. Desde nuestra experiencia, consideramos que la participación de los padres y de la comunidad en general en las actividades preventivas va aumentando y de acuerdo con Matos et al (2014) la EpS debe adoptar un enfoque participativo que puede incluir actividades relacionadas con elementos generales, a saber: políticas escolares saludables, entorno físico y social de la escuela, habilidades de la salud individuales y la experiencia para la acción, la conexión con la comunidad y servicios de salud. Con esta idea desde las líneas de investigación “Podología Preventiva y Comunitaria” y “Salud Podológica para Todos” englobadas dentro del Grupo de Investigación Hermes (CTS-601), al que pertenecen la doctoranda y los dos directores, se vienen llevando a cabo en Andalucía Occidental (Sevilla, Cádiz, Huelva y Córdoba) estrategias de intervención, de manera voluntaria, para incrementar la información sobre

el cuidado de los pies y para divulgar la figura del Podólogo, dando finalmente lugar a la implantación del PSEP, dotando de contenido científico y rigor a estas iniciativas, pues los resultados obtenidos a través de este programa han dado lugar a la elaboración de varios Trabajos fin de Grado, cuatro Trabajos fin de Máster y ocho tesis doctorales. A través del PSEP estamos creando una cultura preventiva en los colegios cercanos a la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla y ahora mismo nos encontramos en el mismo camino por el que pasó Odontología hace unos años, cuando buscaba la implantación de un programa de salud bucodental que diera cobertura a todos los escolares de Andalucía, lo que se ha conseguido actualmente con la implicación y apoyo por parte de las administraciones sanitarias.

Objetivo 5: *Comprobar si existen diferencias en los resultados por sexo, nivel académico y centro educativo.*

En cuanto a las diferencias por sexo, las mujeres tienen más conocimiento sobre la figura y funciones del Podólogo (96,1%) con una significación estadística de 0,038 y prefieren los talleres como método educativo para aprender sobre el cuidado de los pies (53,2%), mientras que los hombres prefieren los vídeos (65%). Estos resultados se basan en diferencias cerebrales pues hombres y mujeres aprenden con distinto ritmo y tienen distinta forma de aprender, pues por lo general los hombres van detrás de las mujeres en resultados académicos (Kindsein, 2013; Serpadres, 2016). Las mujeres tienen mayor capacidad de concentración y trabajo, son más tranquilas, disciplinadas y ordenadas, son superiores en fluidez de lenguaje y en destreza manual, mientras que los hombres por el contrario son más agresivos y están menos motivados teniendo una marcada limitación para la concentración, tienen mejor razonamiento aritmético y destacan en el campo de las aptitudes mecánicas y espaciales (Morales, 2008; Ministerio de Educación, 2011; Rebollo, 2013; Serpadres, 2016).

En cuanto a los hábitos higiénicos para el cuidado de los pies, las mujeres no se muestran ni en acuerdo ni en desacuerdo en que el corte de las uñas de los pies debe ser recto (35,8%) y están en total acuerdo en aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies (34,1%), esto puede justificarse en la importancia que la estética pueda tener para la mujer por encima de la salud y en contraposición por la poca atención que prestan los hombres a la estética, desde la infancia, por comportamientos, que establece ciertos estereotipos en función del género (García-Retamero y López-Zafra, 2008; Sánchez et al, 2011).

Sin embargo, debemos de cuidar nuestros pies tanto o más como hacemos con nuestro cabello, boca o piel, independientemente de cual sea nuestro género, porque cuidar de la salud de nuestros pies no sólo supone estética y tener unos pies bonitos, sino ganar en salud, porque unos pies mal cuidados pueden producir graves problemas, llegando incluso a dificultarnos el caminar.

En cuanto al calzado, las mujeres tienen en cuenta la moda (56,5%) como criterio de elección. Entre el calzado más problemático se encuentran los zapatos de tacón, cuya utilización es principalmente femenina. Es por eso que las mujeres sufren cuatro veces más problemas de pies que los hombres (Ramos et al, 1998). En muchas ocasiones, las mujeres suelen ser las que, siguiendo ciertas modas, deciden renunciar a la comodidad y la salud en pro de la estética. El uso de un calzado incómodo puede provocar grandes problemas tanto de pies, como a nivel articular o de espalda. Estamos de acuerdo con el IBV (1999) cuando nos recomienda que debemos priorizar antes el calzado cómodo que la estética o el precio.

Todos estos aspectos que, en educación diferencian a un género de otro (Gênero, 2014), se han puesto de manifiesto en nuestra investigación mostrando que en el aprendizaje de cuidados sobre los pies las mujeres están por delante de los hombres, aunque ya hemos manifestado que pueda deberse también a aspectos estéticos ya que las mujeres suelen dar más importancia al aspecto físico, que los hombres (Azofeifa, 2006).

En cuanto al nivel académico los escolares de 5º de Primaria son los que necesitan más ayuda para el cuidado de los pies (36,8%) con una significación estadística de 0,010. Mientras que los escolares de 6º de Primaria son los que han ido más veces al Podólogo (9,6%), no están en acuerdo ni en desacuerdo en que el tacón deba medir 2 cm (51,1%) y son los que en un porcentaje mayor conocen el nombre de alguna enfermedad en los pies (68%). Lo que pone de manifiesto que los que tienen más conocimientos y han aprendido más con la charla-coloquio sobre el cuidado de los pies han sido los escolares de 6º de Educación Primaria. Para futuras actividades educativas de EpS, estos resultados se tendrán en cuenta para la planificación de las actividades y para la selección de la población diana preferente. Este resultado se podría justificar por el curso académico de más que diferencia a un nivel de otro, y que ha permitido que esos escolares hayan recibido una formación distinta a través de algún programa de Promoción de la Salud o porque hayan recibido esos conocimientos de manera transversal a través de sus

profesores, o por haber en este nivel un mayor porcentaje de escolares que han acudido más veces al Podólogo y hayan podido transmitir esa información y conocimientos al resto de sus compañeros. Otra justificación que podemos darle es que el sistema educativo en España se rige por la edad cronológica y no evolutiva, por lo que pueden coincidir en el mismo nivel un niño que ha nacido 10 meses antes que otro por lo que no podemos pedirle avances curriculares iguales, la prescripción, prelectura y autonomía serán distintas, por lo que este factor genera desigualdades escolares (Silió, 2011). Nuestros resultados difieren de los publicados por De la Vega (2000), donde establece que los alumnos de 5º de primaria han sido los más receptivos y participativos.

Por centro educativo los escolares del CEIP Arias Montano (público) prefieren los juegos como método educativo para aprender sobre el cuidado de los pies (76,8%) y por tanto consideran que la charla ha sido larga (23,2%); mientras que los escolares del CEIP Borbolla (público) prefieren la charla (59,3%), por eso consideran que ha sido corta (22,2%). Los escolares de las Escuelas Profesionales Sagrada Familia. Nuestra Señora de los Reyes (privado-concertado) (75%) y del Colegio Sagrada Familia. Hermanas Carmelitas (privado-concertado) (74%) consideran que la charla no ha sido entretenida y una gran parte de los escolares de este colegio consideran que la charla ha sido clara (64%). Por ello es muy importante conocer las preferencias de los escolares en los métodos de EpS, para transmitir los conocimientos sobre el cuidado de los pies, a través de un método educativo motivador para los escolares. Para que los escolares se interesen en aprender, los educadores deben incorporar estilos de aprendizaje que permitan llegar a toda la diversidad de estudiantes, de diferente edad, nacionalidad, cultura y desarrollar la motivación del alumnado por el aprendizaje y lograr la retención de la información transmitida (Perea, 2009).

En cuanto al pie y su cuidado, los escolares del CEIP Borbolla (público) son los que han visitado al Podólogo más de dos veces (27,2%), mientras que los escolares del CEIP Pío XII (público) son los que tienen más intención de ir al Podólogo (64,2%), con una significación estadística de 0,001, y también son los escolares (43,3%) que consideran que necesitan ayuda para cuidarse los pies junto con los escolares de las Escuelas Salesianas María Auxiliadora. Salesianas San Vicente (privado-concertado) (44,3%). El CEIP Pío XII es un centro educativo ubicado en el distrito Macarena formado por clase trabajadora de nivel socioeconómico medio-bajo, esto nos lleva a justificar estos resultados, pensando que su población ha tenido menos acceso a los servicios de

Podología, ya que ésta se encuentra dentro del ámbito privado. Por lo tanto, de acuerdo con Ramos et al (2016b), es necesario tener en cuenta los determinantes socioeconómicos de la salud podológica ya que, actualmente, no es posible garantizar el principio de equidad en materia de salud podológica, encontrándose desigualdades sociales debido a la carencia de la figura del Podólogo en los Servicios Públicos de Salud españoles a excepción de las Comunidades Autónomas de Cantabria y Valencia (Decreto 164/2005; Decreto 70/2013). Por ello, consideramos que estas intervenciones educativas deberían llegar a toda la población para procurar conseguir un nivel de salud podológica que permita a todas las personas llevar una vida social y económicamente productiva y satisfactoria. Pues de acuerdo con López et al (2012), las intervenciones del profesional sanitario de Podología debe enfocarse desde una perspectiva de equidad, ante la brecha creciente entre los países desarrollados y los menos adelantados, y entre los miembros de un país, zona o barrio, que es imprescindible reducir en estos momentos de crisis económica, para conseguir una sociedad más inclusiva, justa y con igualdad de oportunidades también en materia de salud podológica.

Una mayoría de los escolares del Colegio Sagrada Familia. Hermanas Carmelitas (privado-concertado) no necesitan ayuda para el cuidado de sus pies (86%), están en total desacuerdo con aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies (62%) y son los que presentan un mayor porcentaje en la opción de que siempre (30%) hay que consultar al Podólogo, a la hora de elegir el calzado adecuado para practicar algún deporte. Consideramos que al colegio Sagrada Familia. Hermanas Carmelitas acude una población con un nivel medio-alto, lo que nos lleva a deducir que estos escolares están mejor informados y han tenido más acceso a la Podología y al Podólogo, además ya hemos comentado que han sido los escolares a los que la charla no les ha resultado entretenida (74%) ya que podría ser que tuvieran conocimientos sobre lo que se estaba informando por lo que la charla no les ha resultado novedosa.

La mayoría de los escolares del CEIP Borbolla tienen en cuenta el diseño (39,5%) y el precio (32,1%) como criterio de elección del calzado. Este centro educativo se encuentra ubicado en el distrito Nervión cerca de grandes almacenes muy famosos y visitados en la ciudad de Sevilla, lo que nos lleva a justificar los resultados encontrados en estos escolares, al igual que ocurre con el Colegio Sagrada Familia. Hermanas Carmelitas, que también eligen el calzado por moda (30%), pues se encuentra ubicado en el casco antiguo de Sevilla cerca de comercios, aspectos que pueden influir en los

escolares que se encuentran en una edad crítica en la que son ellos los que imponen sus propios criterios en la elección del calzado, influenciados por el entorno y circunstancias que los rodean. A pesar de estas diferencias encontradas en los resultados, no tenemos suficiente información para determinar exactamente cuáles han sido los motivos que los han ocasionado, aunque en cuanto al tipo de centro, público o privado-concertado, consideramos que la mayoría de los escolares que acuden a un centro privado-concertado pertenecen a una clase social, familia o entorno con un mayor nivel cultural donde se suele dar más importancia a la educación. También puede deberse a la propia forma de enseñar del centro y/o disciplina seguida (López et al, 2010; López, 2011).

7.2. UTILIDAD DEL ESTUDIO

Los cuestionarios que se han elaborado han demostrado ser unas herramientas útiles, válidas, de fácil y rápida cumplimentación, que permiten valorar la efectividad de la EpS, por las diferencias de resultados entre las dos situaciones pre y post charla. Consideramos que esta herramienta puede servir de ayuda a otros podólogos que quieran realizar intervenciones educativas sobre salud podológica en los centros escolares. Así como facilitar la planificación de actividades en base a los contenidos a desarrollar en función de los déficits y demandas de los escolares. También puede ser útil para la elección de la metodología educativa a desarrollar en función de las preferencias encontradas.

El estado actual de la investigación podológica está en constante crecimiento y este estudio es una muestra de ello, pues contar con unos instrumentos ya validados, contribuye a facilitar el diseño y la realización de futuras investigaciones similares, además de aumentar el cuerpo de conocimiento en general y de la Podología en particular. Este estudio supone un avance en una de las fases más importante de la asistencia sanitaria, la prevención. Refiriéndonos a Podología Preventiva y Comunitaria constatamos que actualmente está adquiriendo más protagonismo por la mayor demanda de información para el autocuidado de la salud de los pies. Consideramos que las actuaciones en EpS, se están perfilando en la actualidad como líneas prioritarias en política sanitaria y en gestión de recursos con el fin de mejorar la salud de la población. La aplicación de estas estrategias en el ámbito de la Podología realza el significado y el valor de ésta, ampliando la actuación de esta especialidad sanitaria desde la valoración,

diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, hacia un marco de actuación más amplio, posibilitando la implantación de las medidas oportunas para evitar la aparición y/o la evolución de patología en el pie. Todo lo anterior ha inspirado nuestra investigación, identificando las líneas principales de actuación en materia de prevención y Promoción de la Salud podológica, que se han demostrado efectivas e innovadoras, ya que no son abundantes las publicaciones realizadas al respecto.

7.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Unas de las primeras limitaciones del estudio es la falta de instrumentos similares que nos permitan comparar los propios resultados con los obtenidos en otros estudios similares.

Debido al diseño de los instrumentos, hay algunas pruebas estadísticas que no se han podido realizar, lo que supone una limitación de nuestra investigación. Ya que sólo podíamos comprobar la fiabilidad de una parte del cuestionario, cosa que no nos interesaba porque nuestro objetivo era diseñar un cuestionario válido en su conjunto, por lo tanto solo hemos realizado validación de contenido por expertos utilizando el método Delphi, pero no hemos podido realizar la validez de criterio ni de constructo. Para futuras investigaciones, y como mejora de los cuestionarios diseñados, proponemos crear ítems con respuestas escalas tipo Likert que permiten comprobar la fiabilidad y realizar otro tipo de validaciones de los instrumentos.

Como limitación señalar que las herramientas están validadas en escolares de 5º y 6º de Educación Primaria por lo que esto limita su aplicación sólo al contexto social y cultural en el que ha sido creada y validada, por lo que fuera de esta área habrá que realizar los mismos procedimientos psicométricos que generen la validación de los instrumentos.

Otra limitación puede ser el tamaño de la muestra estudiada, pues somos conscientes de que nuestros resultados serían más relevantes si el tamaño de la muestra fuese mayor.

En algunos centros educativos seleccionados, teniendo en cuenta el número de escolares matriculados, fueron reducidos los consentimientos informados recibidos. Esta falta de colaboración de los familiares de los escolares nos obligó a seleccionar otros centros educativos para alcanzar el tamaño muestral adecuado para nuestra investigación.

7.4. PROSPECTIVAS DE FUTURO

Los futuros desarrollos de investigación debieran ir en la línea de la replicación de los resultados encontrados en este estudio con muestras de otros contextos y niveles educativos. Por ello, aspiramos a aumentar la muestra y la aplicación de los cuestionarios y las intervenciones a otros cursos académicos, así como hacerlo extensible a todos los centros educativos, en una primera fase, de la ciudad de Sevilla y provincia, y posteriormente a otras zonas geográficas. De esta forma podríamos conocer el nivel de conocimientos y hábitos en salud podológica que tienen los escolares de los distintos distritos municipales de la ciudad y provincia de Sevilla y otras zonas geográficas y conocer cuál es el perfil de escolar más favorable para aprender sobre el cuidado de los pies, y analizar si influye el sexo, el nivel académico y el centro educativo, el tipo de colegio, la zona o el nivel económico.

Para futuras actividades educativas proponemos elaborar un cuestionario “Post-charla” para los profesores de los centros, pues ellos también asisten a las “charla-coloquio” que reciben los escolares, así como a los familiares a los que previamente se les realizaría una intervención educativa y de esta forma conocer el grado de información aprendida para que puedan generar hábitos podológicos saludables en sus familias.

Las herramientas en red dan un soporte tecnológico para la resolución de los problemas: tiempo, dinamismo, información y participación. Por ello en futuras investigaciones proponemos la realización de un cuestionario Delphi on-line que facilita la participación colectiva y retroalimentación dinámica de resultados mediante el uso de encuestas de opinión y consultas Delphi disponibles en Internet, que admiten la posibilidad de reflexionar ante posibles cambios, y procesar inmediatamente la información on-line. Simplifica la toma de decisiones y la consulta colectiva. El acceso a la encuesta se realiza mediante una página pública y la personalización del cuestionario mediante un código de entrada, representa una innovación y mejora en la planificación estratégica y estudios prospectivos.

Como mejora para futuras investigaciones nos planteamos averiguar las fuentes de conocimiento de los escolares para aprender sobre la figura y funciones del Podólogo, así como averiguar si ese conocimiento que consideran tener los escolares es correcto, o

puedan estar confundiendo esta figura con la de otro profesional o persona que haya actuado sobre sus pies.

Como prospectiva de futuro nos proponemos trabajar interdisciplinariamente con todos los profesionales, instituciones y otros colectivos presentes en la comunidad escolar, para llevar a cabo una EpS de calidad en la escuela.

8. CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES

1. Hemos diseñado unos instrumentos válidos que valoran los conocimientos y actitudes de salud podológica en escolares de 5º y 6º de Educación Primaria, que facilitaran la planificación de futuras intervenciones educativas más efectivas.
2. La investigación ha permitido identificar previamente a la actividad educativa la falta de conocimientos y de hábitos higiénicos adecuados en materia de salud podológica.
3. Las familias son las que principalmente informan a los escolares sobre cómo cuidarse los pies (27,9%), seguidos del podólogo (20,9%), el médico (7%), y otros (1,2%).
4. El 56% de los escolares no han acudido nunca al podólogo.
5. La intervención educativa ha sido efectiva pues ha mostrado cambios estadísticamente significativos en la falta de conocimientos y en los hábitos higiénicos, especialmente en el secado entre los dedos de los pies, el corte de las uñas y el uso del calzado adecuado.
6. Sobre el aprendizaje del cuidado de los pies, uno de cada dos escolares consideran que han aprendido mucho con la charla-coloquio y que es un método interesante para aprender.
7. Los escolares prefieren los juegos (36,6%) como método educativo para aprender sobre el cuidado de los pies, seguido de la charla (26,5%) y de los talleres (16,4%).

8. Hay un mayor aprendizaje en las mujeres, porque el 96,1% ha adquirido más conocimiento sobre la figura y funciones del Podólogo frente al 90,9% de los hombres.
9. Entre los escolares de Educación Primaria que han participado en nuestra investigación, uno de cada tres escolares de 5º y uno de cada cuatro de 6º necesitan ayuda para cuidarse los pies.
10. Los escolares que más aprenden con la charla-coloquio sobre el cuidado de los pies y más conocen la figura del podólogo son los de 6º de Primaria y los de los colegios privado-concertado.
11. El cambio en los conocimientos y actitudes observados en los escolares justifican la intervención educativa dentro del Programa de Salud Escolar Podológica.

9. BIBLIOGRAFÍA

9. BIBLIOGRAFÍA

1. **Aibar C.** Educación para la salud. En: **Colomer C, Álvarez-Dardet C.** Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2001.
2. **Alaminos A, Castejón JL.** Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión. Serie docencia universitaria-EEES. Alcoy: Marfil; 2006.
3. **Alfaro I, Apodaca P, Arias J, García E, Lobato C.** Metodologías de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de competencias: orientaciones para el profesorado universitario ante el Espacio Europeo de Educación Superior. Madrid: Alianza editorial; 2006.
4. **Álvarez C, Ruiz MT.** Patrimonio de Salud. ¿Son posibles las políticas salutogénicas? Rev Esp Salud Pública. 2011; 85(2): 123-7.
5. **Álvarez R.** Educación para la Salud. México: Manual Moderno; 1995.
6. **Álvarez V.** Programa de Salud Escolar Podológica. Análisis de resultados y clasificación de diagnósticos podológicos. (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, Sevilla, España; 2015.
7. **AMM (Asociación Médica Mundial).** Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 18ª Asamblea Médica Mundial. Helsinki (Finlandia). 1964. [On-Line]. [Consultado 15 octubre 2015]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
8. **Andronovich G.** Developing community participation and consensus. The Delphi Technique. USA; 1995.
9. **Antonovsky A.** The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int. 1996; 11(1): 11-8.
10. **Argibay JC.** Técnicas Psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. Subjetividad y Procesos cognitivos. 2006; 8(1): 15-33.
11. **Argimon JM, Jiménez J.** Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Elsevier; 2007.
12. **Asti A.** Metodología de la Investigación. Sevilla: Athenaica; 2015.
13. **Astrom AN, Mbawalla H.** Factor structure of health and oral health-related behaviors among adolescents in Arusha, Northern Tanzania. Acta Odontol Scand. 2011; 69: 299-309.

14. **Auray JP, Béresniak A, Claveranne JP, Duru G, Murillo C.** Diccionario comentado de economía de la salud. Barcelona: Masson; 1998.
15. **Ayuntamiento de Sevilla.** Distritos municipales. 2015a. [On-Line]. [Consultado 3 enero 2016]. Disponible en:
<http://www.sevilla.org/ayuntamiento/distritos/distritos-municipales>
16. **Ayuntamiento de Sevilla.** Educación para la Salud en el Marco Educativo. Curso 2015-2016. 2015b. [On-Line]. [Consultado 14 diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.sevilla.org/ayuntamiento/competencias-areas/area-de-bienestar-social-y-empleo/servicio-de-salud/actualidad/educacion-para-la-salud-en-el-marco-educativo.-curso-2015-2016-1>
17. **Ayuntamiento de Sevilla.** Nuevo Plan General de Sevilla. 2005. [On-Line]. [Consultado 3 enero 2016]. Disponible en:
http://www.sevilla.org/plandesevilla/ade/def/doc/AD_I_08_4.pdf
18. **Azofeifa EG.** Motivos de participación y satisfacción en la actividad física, el ejercicio físico y el deporte. MHSALUD: Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud. 2006; 3(1): 1-16.
19. **Azofra MJ.** Cuestionarios. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2000.
20. **Barragán H.** Componentes de Salud Pública. En: **Barragán H, Moiso A, Mestorino MA, Ojea OA.** Fundamentos de salud pública. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007.
21. **Barrio IM, Ayudarte ML, Hernán M, Martínez J, De Haro JM, Simón P et al.** Presencia de las actuales prioridades de salud infantil y adolescente en los libros de texto escolares. Gac Sanit. 2008; 22(3): 227-31.
22. **Bass BM.** Organizational decision making. Homewood, IL: Irwin; 1983.
23. **Bastidas M, Pérez FN, Torres JN, Escobar G, Arango A, Peñaranda F.** El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. Invest educ enferm. 2009; 27(1): 104-11.
24. **Bayona B.** Los ejes de la LOMCE. Fórum Aragón. 2013; 7: 13-5.
25. **Béjar LM.** Estudiando epidemiología. Sevilla: Sociedad "Nicolás Monardes", D.L. 2013
26. **Benito JF, Fleta JM, Ruiz M, Menaña L.** Hábitos de conducta y alimentación en población escolar. Med Gen. 2008; 22: 580-5.

27. **Bennassar M.** Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud. (Tesis doctoral). Universitat de les Illes Balears, España; 2012.
28. **Bernard HR.** Research methods in cultural anthropology. Newbury Park, Sage, USA; 1988.
29. **Birrell R, Orley J, Evans V, Lee J, Sprunger B, Pellaux D.** Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools. G neva Switzerland: World Health Organization; 1997.
30. **Bisquerra R.** Metodología de la investigación educativa. Madrid: La Muralla; 2014.
31. **Blanco-Cornejo M, Riva-Palacio-Chiang-Sam IL, Sánchez-Díaz I, Cerritos A, Navarro-Meneses R, López-Hernández D.** Empoderamiento: aproximación e implicaciones en la práctica clínica, la educación médica y los sistemas de salud y seguridad social. Educ Med. 2015; 16(3): 202-3.
32. **Blasco JE, López A, Mengual S.** Validación mediante Método Delphi de un cuestionario para conocer las experiencias e interés hacia las actividades acuáticas con especial atención al Windsurf. Revista  gora para la Educación Física y el Deporte. 2010; 12(1): 75-96.
33. **Bonito J.** La educación para la salud en la actualidad: algunas breves notas. Aten Primaria. 2015; 47(Espec Cong 1): 32-7.
34. **Borr s E, Domínguez A, Salleras L.** Evaluación de la efectividad de los programas de vacunación. Gac Sanit. 2011; 25(Supl 1): 49-55.
35. **Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasar n MI, Colomer C, Zafra E et al.** Desigualdades socioeconómicas y planes de salud. Gac Sanit. 2005; 19(4): 277-86.
36. **Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C.** Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. PLoS One. 2011; 6 (6): e20476.
37. **Bouza A.** Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. Rev Cubana Salud Pública. 2000; 26(1): 50-6.
38. **Bravo ML, Arrieta J.** El Método Delphi. Su implementación en una estrategia didáctica para la enseñanza de las demostraciones geométricas. Revista Iberoamericana de Educación [On-Line]. 2005. [Consultado 3 enero 2016]; 35 (3). Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/804Bravo.PDF>

39. **Bueno A, García M, Jiménez JJ, Lardelli P.** Diseño de programas de salud. En: **Piédrola G.** Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson; 2008.
40. **Bueno A, Jiménez JJ, García M, Amezcua C.** Salud de la Infancia y la Adolescencia. En: **Piédrola G.** Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson; 2008.
41. **Cabero J, Infante A.** Empleo del Método Delphi y su empleo en la investigación en comunicación y educación. Revista Electrónica de Tecnología Educativa [On-Line]. 2014. [Consultado 3 enero 2016]. Disponible en: http://edutec.rediris.es/Revelec2/Revelec48/pdf/Edutec-e_n48_Cabero-Infante.pdf
42. **Cabero J, Llorente MC.** La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información (TIC). Eduweb. Revista de Tecnología de Información y Comunicación en Educación. 2013; 7(2): 11-22.
43. **Caldés S, Cea N, Crespo P, Díez V, Espino A, Galán S et al.** ¿Una intervención educativa en niños de doce años de Madrid modifica sus conocimientos y hábitos de higiene buco-dental? Av odontoestomatol. 2005; 21(3): 149-57.
44. **Cañas MV.** ¿Qué llevas en los pies? Reduca. 2014; 6(1): 34-8.
45. **Carrera X.** Enseñar y aprender procedimientos. Lleida: Milenio; 2006.
46. **Casero I.** Educación para la Salud. Enfoques educ. 2008; 16: 4-136.
47. **Castellano G.** Educación para la salud. Fundamentos y justificación. 2002. [On-Line]. [Consultado 15 diciembre 2015]. Disponible en: http://www.aepap.org/sites/default/files/pon_educacion_fundamentos.pdf
48. **Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).** Coordinación de estrategias claves para la salud escolar. 2014. [On-Line]. [Consultado 6 diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/SaludEscolar/>
49. **Chaná P.** El empoderamiento; una nueva dimensión en la relación médico-paciente. Rev Méd Chile. 2012; 140:404-5.
50. **Chen CC, Huang HK, Huang MJ, Wu CH.** Educational intervention can improve dental care knowledge in aboriginal tribal children. Tzu Chi Med J. 2011; 23:86-9.
51. **Cheng NYI, Wong MYE.** Knowledge and attitude of school teachers towards promoting healthy lifestyle to students. Health. 2015; 7:119-26.

52. **Chillón P.** Efectos de un programa de intervención de Educación física para la Salud en adolescentes de 3º de ESO. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España; 2005.
53. **Cholevas NK, Loucaides CA.** Factors that facilitate and barriers towards the implementation of health educational programs in primary education schools of the prefecture of Achaia. Greece. Health Educ J. 2011; 71:365–75.
54. **Coheña M.** Evaluación de la percepción de la calidad asistencial en el área clínica podológica de la Universidad de Sevilla. (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, Sevilla, España; 2012.
55. **Colegio Profesional de Podólogos de Andalucía.** Código Ético-Deontológico. 2011. [On-Line]. [Consultado 14 diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.colegiopodologosandalucia.org/includes/upload/pdf/codigo_deontologico.pdf
56. **Coll-Fernández R, Pascual MT, Coll R.** Estado actual de la educación para la salud en los programas de rehabilitación respiratoria. Rehabilitación. 2011; 2011; 45(2):159-65.
57. **Comité de Expertos de la OMS.** En Educación Sanitaria. Planificación y evaluación de los Servicios de Educación Sanitaria. Ser In Téc. 409; 1969.
58. **Conde JL.** Eficacia y efectividad: una distinción útil para la práctica y la investigación clínicas. Nefrología. 2002; 22(3): 219-22.
59. **Consejo de Europa.** Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina. Oviedo. 1997. [On-Line]. [Consultado 15 octubre 2015]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/coeconvenccion.html>
60. **Corral Y.** Diseño de cuestionarios para recolección de datos. RCE. 2010; 20(36): 152-68.
61. **Cortés JM.** Cuestionarios de autoevaluación y aprendizaje sobre prevención de riesgos laborales. Madrid: Tébar; 2012.
62. **Costa M, López E.** Educación para la Salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables. Madrid: Pirámide; 2008.
63. **Cruz M.** El Método Delphi en las investigaciones educativas. Informe Final del Proyecto de Investigación Estadística para la Educación. La Habana, Cuba; 2006.

64. **Cuesta U, Menéndez T, Ugarte A.** Comunicación y salud. Nuevos escenarios y tendencias. Madrid: Editorial Complutense; 2011.
65. **Dalkey NC, Helmer O.** An experimental application of the Delphi. Method to the use of experts. *Management Science*. 1963; 9(3): 458–67.
66. **Dalkey NC, Rourke DL, Lewis R, Snyder D.** The Delphi method: An experimental study of group opinion. En: **Dalkey NC, Rourke DL, Lewis R, Snyder D.** *Studies in quality of life*. Massachusetts: Lexington Books; 1972.
67. **Dávila MG, Mujica G.** Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. 2008. [On-Line]. [Consultado 26 diciembre 2015]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/3/programa_educativo_escolares.asp
68. **Davó MC, Gil-González D, Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, La Parra D.** Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española: una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005. *Gac Sanit*. 2008; 22: 58-64.
69. **Davó MC, Ruiz MT.** Escuelas saludables. En: **Colomer C, Álvarez-Dardet C.** *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson; 2001.
70. **Davó-Blanes MC, García de la Hera M, La Parra D.** Educación para la Salud en la escuela primaria: opinión del profesorado de la ciudad de Alicante. *Gac Sanit*; 2016; 30(1): 31-6.
71. **De la Cruz E, Pino J.** Estilo de vida relacionado con la salud. 2007. [On-Line] [Consultado 5 junio 2015]. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf>
72. **De la Revilla L, Siles MD, López LA.** Participación e Intervención comunitarias. En: **Martín A, Cano JF.** *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona: Elsevier; 2008.
73. **De la Vega J, Santos MP.** Enseñar el Sistema Sanitario. Estudio sobre metodología de educación sanitaria a una población escolar. *Cent Salud*. 2000; 8 (2): 83-7.
74. **De Teresa F, Jiménez JJ.** *Epidemiología, medicina preventiva y salud pública. Bioestadística*. Madrid: Médica Panamericana; 2011.

75. **Decreto 164/2005**, de 29 de diciembre, por el que se crea la categoría de podólogo en el ámbito de las instituciones sanitarias del Servicio Cántabro de Salud. (Boletín Oficial de Cantabria, número 246, de 27-12-2005).
76. **Decreto 70/2013**, de 7 de junio, por el que se ordenan diversas categorías de personal estatutario de la Agència Valenciana de Salut. Creación de la categoría estatuario del podólogo/a. (Diario Oficial de la Comunidad Valenciana, número 7043, de 11/06/2013).
77. **Del Rey J, Calvo JR**. Como cuidar la salud. Su educación y promoción. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
78. **Delgado M, Gili M, Llorca J**. Conceptos y uso de la Epidemiología. En: **Piédrola G**. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson; 2008.
79. **Delgado MA, Gómez C, Ledesma JM**. Programa de Salud Escolar: EPS en alumnos de primero de primaria. Cent Salud. 1998; 6(9): 540-2.
80. **Dever A**. Epidemiología y Administración de los servicios de salud. OPS- OMS; 1991.
81. **Díez E**. Evaluación de los programas de educación y promoción de la salud. Revista Española de Sanidad Penitenciaria [On-Line]. 2004. [Consultado 25 noviembre de 2015]; 6(3). Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/267/583>
82. **Dilaura C, Wheeler L**. Role of the school physician. Pediatrics. 2013; 131 (1): 178-82.
83. **Dilla T, Sacristán JA**. Evaluación económica de intervenciones sanitarias. Barcelona: Doyma; 2006.
84. **Dongre AR, Deshmukh PR, Garg BS**. Health-promoting school initiative in Ashram schools of Wardha district. Natl Med J India. 2011; 24:140-3.
85. **El Comité Organizador de la XXII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)**. Epidemiología: una herramienta para la gestión sanitaria. Gac Sanit. 2004; 18(Supl 3):1.
86. **Engels TCE, Kennedy HP**. Enhancing a Delphi study on family-focused prevention. Technological Forecasting & Social Change. 2007; 74: 433-51.
87. **Escribano S, Morales A, Orgilés M, Espada P**. Influencia de la fidelidad de la implementación en la eficacia de un programa de promoción de la salud sexual con adolescentes. Health and Addictions. 2015; 15(2): 103-14.

88. **Fernández JJ.** Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. (Tesis doctoral). Universitat de València, Valencia, España; 2009.
89. **Fernández M.** La escuela y la comunidad: una relación cambiante. En: **Sanchez C.** Participación de las familias en la vida escolar: acciones y estrategias. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia; 2006.
90. **Fernández-Ballesteros R.** Evaluación de programas: una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud. Madrid: Síntesis; 1995.
91. **Ferrando M, Verdú V, Landeras J, Carrillo E, Aragón B, Osset J et al.** Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario Controlled Ovarian Stimulation Impact Measure para medir el impacto de la estimulación ovárica controlada. *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica.* 2015; 2(3): 71-81.
92. **Frías A.** Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson; 2000.
93. **Fuentes E.** Adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables en los escolares de primer ciclo de educación secundaria obligatoria de Jerez de la Frontera. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España; 2011.
94. **Fundadeps (Fundación de Educación para la Salud).** Educación para la Salud. 2016. [On-Line]. [Consultado 14 enero 2016]. Disponible en: <http://www.fundadeps.org/EpsNoticia.asp?codnoticia=346>
95. **Galve E, Guijarro-Herraiz C, Masana-Marin L, Cordero-Fort A.** Consenso sobre los objetivos y pautas de actuación en el control del colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular. *Clin Investig Arterioscler.* 2016; 28(1): 31-42.
96. **García A.** Eficiencia en policlínicos cubanos. Propuesta de un algoritmo para su medición. (Tesis doctoral). Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, Cuba; 2009.
97. **García C.** La formación para el cuidado de la salud del escolar: alianza ineludible e impostergable entre la educación y la salud. *Promoción Salud.* 2006; 11: 29-38.
98. **García JA, López JC, Jiménez F, Ramírez Y, Lino L, Reding A.** Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. México: McGrawHill; 2014.

99. **García M.** La encuesta. En: **García M.** El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de investigación. Madrid: Alianza Universidad; 1992.
100. **García R, Suárez R, Mateo de Acosta O.** Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. Rev Panam Salud Pública. 1997; 2(1): 32-6.
101. **García R, Suárez R.** Hacia la construcción de un modelo teórico. En: **García R, Suárez R.** La educación terapéutica. Propuesta de un modelo teórico, desde la experiencia del Programa Cubano de Educación en Diabetes. Washington: OPS; 2007.
102. **García R, Suárez R.** La dimensión educativa del cuidado de las personas con enfermedades crónicas. Rev Cubana Endocrinol. 2001; 12: 178-87.
103. **García-Retamero R, López-Zafra E.** Atribuciones causales sobre éxito y fracaso y percepción del liderazgo femenino. Estudios de Psicología. 2008; 29(3): 273-87.
104. **Gavidia V.** La transversalidad y la escuela promotora de salud. Rev Esp Salud Pública. 2001; 75(6): 505-16.
105. **Gavidia V.** La educación para la salud en los manuales escolares españoles. Rev Esp Salud Pública. 2003; 77(2): 275-85.
106. **Gavidia V, Rodes MJ, Carratalá A.** La Educación para la Salud: Una propuesta fundamentada desde el campo de la docencia. Enseñ Cienc. 1993; 11 (3): 289-96.
107. **Gavidia V, Rodes MJ.** Desarrollo de la Educación para la Salud y del consumidor en los centros docentes. Madrid: CIDE; 2000.
108. **Gênero EE.** Educación y Género. Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria. 2014; 23: 95-119.
109. **Gentil I.** Proyecto docente. Universidad Complutense. Madrid, 1993.
110. **Gentil I, Becerro de Bengoa R.** Podología preventiva en el niño de edad preescolar y escolar. El Peu. 2001; 21(3): 129-37.
111. **Gentil I, Fuentes M.** Salud podológica en una población escolar. Rev Esp Podol. 1998; 9(2): 93-112.
112. **Gervás J.** La prevención cuaternaria. OMC. 2004; 95: 8.
113. **Gérvas J.** Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Gac Sanit. 2006; 20(Supl 1): 127-34.

114. **Gérvas J, Gavilán E, Jiménez L.** Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*. 2012; 8(6): 312-7.
115. **Gervás J, Pérez M.** Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria*. 2003; 32:158-62.
116. **Gilson N, Brown GF, Mckenna J, Murphy M, Pringle A, Proper K et al.** The International universities Walking Project: Development of a Framework for Workplace Intervention Using the Delphi Technique. *Journal of Physical Activity and Health*. 2009; 6: 520-8.
117. **Gómez C.** La Educación para la Salud: un modelo de evaluación psicológica. (Tesis doctoral). Universitat de Valencia, Valencia, España; 2005.
118. **González A, Calleja V, López L, Padrino P, Puebla P.** Los estudios de encuesta. 2009. [On-Line]. [Consultado 15 junio 2015]. Disponible en: http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Encuesta_doc.pdf
119. **González A, Pérez T, Oliva E, Álvarez S, Rodríguez G, Arredondo OF et al.** Funciones específicas del personal de enfermería ocupacional en Cuba. *Rev Cubana Salud Trabajo*. 2010; 11(2):59–63.
120. **González J, Mollar J, Rebagliato M.** Evaluación de las pruebas y programas de detección precoz (cribado o screening) de enfermedades. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005; 7: 593-617.
121. **González K, González TM, Cruz J, Conesa AI.** La educación terapéutica a mujeres con diabetes mellitus en edad fértil. *Rev Cubana Endocrinol*. 2015; 26(2): 182-92.
122. **González R, Gijón MT, Escudero MJ, Prieto MA, March JC, Ruiz A.** Perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2008; 23(3): 101-8.
123. **González TM, González K.** La educación terapéutica en pacientes adrenal crónica. *Rev Cubana Endocrinol*. 2014; 25(2): 231-6.
124. **González VM, Salas P, Mena D, Gimeno A.** Autocuidado y educación terapéutica en diabetes. Una revisión bibliográfica. *Rev Científic Enfermer* [On-Line]. 2012. [Consultado 3 enero 2016]. Disponible en: http://www.recien.scele.org/documentos/num_5_nov_2012/revis_bibliografic_a utocuidad_educ_therapeutic_diabetes.pdf

125. **González-Cabrera J, Fernández-Prada M, Martínez-Bellón MD, Fernández-Crehuet M, Guillén-Solvas J, Bueno-Cavanillas A.** Construcción y validación de un cuestionario para medir conductas, conocimientos y actitudes sobre la higiene de las manos en personal sanitario en formación. *Rev Esp Salud Pública*. 2010; 84: 827-41.
126. **Gordis L.** Epidemiología. Barcelona: Elsevier/Saunders; 2014.
127. **Granizo C, Gallego J.** Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud. En: Criterios de calidad en promoción de la salud. Zaragoza: Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno de Aragón; 2007.
128. **Greene WH, Simons-Morton BG.** Educación para la salud. México: Interamericana-Mac Graw Hill; 1991.
129. **Hernández I, Aibar C, Aranaz J, Lumbreras B.** Planificación y programación en atención a la salud. En: **Piédrola G.** Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson; 2008.
130. **Hernández I, Lumbreras B.** Epidemiología general de las enfermedades crónicas. Estrategias de prevención. En: **Piédrola G.** Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson; 2008.
131. **Hernández LR.** Metodología de la investigación en ciencias de la salud. Bogotá: Ecoe Ediciones; 2012.
132. **Hernández-Aguado I, Gil A, Delgado M, Bolumar F.** Manual de epidemiología y Salud Pública para licenciaturas y diplomaturas en Ciencias de la Salud. Madrid: Panamericana; 2005.
133. **Hernández-Díaz J, Paredes-Carbonell JJ, Marín-Torres R.** Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. *Aten primaria*. 2014; 46(1):40-7.
134. **Higashida BY.** Educación para la Salud. México: McGrawHill; 2008.
135. **Hoyos A, Pérez A.** Nivel de conocimientos sobre el dengue en San Mateo, Anzoátegui, Venezuela. *Rev Cubana Salud Pública*. 2009; 35(4): 161-72.
136. **Hsu CH, Sandford B.** The Delphi Technique: Making Sense of Consensus. *Practical Assessment Research & Evaluation*. 2007; 12(10). 1-9.
137. **IBV (Instituto Biomecánico de Valencia).** El pie calzado. 1999. [On-Line]. [Consultado 16 diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.ibv.org/busqueda?q=el+pie+calzado>

138. **INE (Instituto Nacional de Estadística). 2016.** [On-Line]. [Consultado 3 enero 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
139. **INE (Instituto Nacional de Estadística).** Estadística de profesionales sanitarios colegiados. Año 2014. 2015. [On-Line]. [Consultado 25 diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np909.pdf>
140. **INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía).** Diseño de cuestionarios. México: INEGI; 2013.
141. **Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.** Consejería de Economía y Conocimiento. Junta de Andalucía. 2015. [On-Line]. [Consultado 3 enero 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia>
142. **ISA (Iniciativa Sevilla Abierta).** ¿Cómo lograr desde las aulas que Sevilla sea una sociedad más inclusiva, justa y con igualdad de oportunidades? 2016. [On-Line]. [Consultado 29 enero 2015]. Disponible en: <http://iniciativasevillaabierta.es/programa-del-proximo-ciclo-organizado-por-isa-transformar-la-educacion-para-transformar-sevilla/>
143. **John E.** Fogarty International Center for Advanced Study in the Health Sciences. American College of Preventive Medicine. National Conference on Preventive Medicine. New York: PRODIST, 1976.
144. **Jourdan D, Pironom J, Berger D, Carvalho GS.** Factors influencing teachers' views of health and health education: a study in 15 countries. *Health Educ J.* 2013; 72: 660–72.
145. **Junta de Andalucía.** El distrito Macarena de Sevilla. Migraciones recientes y transformaciones urbanas sociales. 2011. [On-Line]. [Consultado 3 enero 2016] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1_2185_estudio_distrito_macarena.pdf
146. **Juvinya-Canal D.** Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud. *Enferm Clin.* 2013; 23(3): 87-8.
147. **Kindsein.** Niños y niñas: busque las diferencias. Género y educación. 2013. [On-Line]. [Consultado 17 abril 2014]. Disponible en: <http://www.kindsein.com/es/27/1/620/>
148. **Lafuente G, Muñoz MD, Ramos J.** Una experiencia de Enfermería en Educación Sanitaria en la escuela. *Rev ROL Enferm.* 1987; 10(102): 25-8.

149. **Lalonde M.** New perspective on the health of Canadians. Ottawa: Information Canadá; 1974.
150. **Lam RM, Hernández P.** Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter. 2008; 24(2): 1-6.
151. **Landeta J.** El método Delphi: una técnica de previsión de futuro. Barcelona: Ariel; 1999.
152. **Landeta J.** El método Delphi: una técnica de previsión para la incertidumbre. Barcelona: Ariel; 2002.
153. **Last JM.** Diccionario de Epidemiología. Salvat: Barcelona; 1989.
154. **Lee Y.** Competencies Handed by Korean HRD Master's Graduates: A Compararison between the ASTD WLP Competency Model and the Korean Study. Human Resource Development Quarterly. 2009; 20(1).
155. **Levy LA.** Prevención Podiátrica. En: **Robbins J.** Podología, Atención Primaria. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1995.
156. **Ley 41/2002** de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15-11-2002).
157. **Ley Orgánica 1/1990**, de 3 de Octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. BOE (4 de octubre de 1990). [On-Line]. [Consultado 15 noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-24172>
158. **Ley Orgánica 15/1999**, de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal. (Boletín Oficial del Estado, número 298, de 14-12-1999).
159. **Ley Orgánica 8/2013**, de 9 de Diciembre para la mejora de la calidad educativa. (Boletín Oficial del Estado, número 295, de 10-12-2013).
160. **Lillo V.** Salud y Educación: Dos vocaciones al servicio de los Derechos Humanos. Rev Med Clin Condes. 2014; 25(2) 357-62.
161. **Lima M.** Evaluación del Programa Forma Joven. (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, Sevilla, España; 2012.
162. **Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez J.** Impacto de las intervenciones escolares de promoción de la salud dirigidas a diferentes áreas de conducta: una revisión sistemática. Gac Sanit. 2014; 28(5): 411-17.

163. **Linstone HA, Turoff M.** The Delphi Method. Techniques and Applications. United States of America: Addison-Wesley; 1975.
164. **Llor C, Diogène E.** Evaluar la eficiencia de las intervenciones. 2005. [On-Line]. [Consultado 11 diciembre 2015]. Disponible en: <http://w3.icf.uab.es/ficf/es/pub/IAP/GuiaInvestigacionClinicaAP/GICAPcapitulo-9.pdf>
165. **López B.** Psicología de la Salud. En: **López D, Ramos J, Alonso F, García R.** Manual de Podología. Conceptos, aspectos psicológicos y práctica clínica. Madrid: C.E.R.S.A; 2012.
166. **López D.** Podología y Salud. Un análisis de las representaciones sociales de las enfermedades del pie desde una perspectiva psicosocial (Tesis doctoral). Universidade da Coruña, A Coruña, España; 2011.
167. **López D, García R, Alonso F, López L.** Análisis del perfil y estilo de vida de las personas con patologías en los pies. Rev Int Cienc Podol. 2010; 4(2): 49-58.
168. **López D, Ramos J, Alonso F, García R.** Manual de Podología. Conceptos, aspectos psicológicos y práctica clínica. Madrid: C.E.R.S.A; 2012.
169. **López MJ, Marí-Dell’Olmo M, Pérez-Giménez A, Nebot M.** Diseños evaluativos en salud pública: aspectos metodológicos. Gac Sanit. 2011; 25(Supl 1): 9-16.
170. **Low J, Thériault L.** Health promotion policy in Canada: lessons forgotten, lessons still to learn. Health Promotion International. 2008; 23(2): 200-6.
171. **Ludwig BG.** Predicting the future: Have you considered using the Delphi methodology? Journal of Extension [On-Line].1997. [Consultado 3 enero 2016]; 35 (5). Disponible en: <http://www.joe.org/joe/1997october/tt2.htm>
172. **Manfredi JL, Alcántara R, Román A, Del Pozo JT.** Comunicación y Salud. Sevilla: Editorial Astigi; 2011.
173. **Mantilla B, Hakspiel C, Hernández D, Velasco C, Aragón D, Pineda L, Estupiñan M.** Guía Educación entre pares: Una herramienta para conversar sobre sexualidad entre jóvenes. Instituto PROINAPSA - UIS; Segunda Edición. 2013.
174. **Mantilla L, Chahín I.** Habilidades para la Vida – Manual para aprenderlas y enseñarlas. EDEX. Julio 2007. [On-Line]. [Consultado 8 enero 2016]. Disponible en: <http://publicaciones.edex.es/todas/133-habilidades-para-la-vidamanual-para-aprenderlas-y-ensenarlas.html>

175. **Mantilla-Uribe BP, Oviedo-Cáceres MP, Hernandez-Quirama A, Haskpiel-Plata MC.** Intervención educativa con docentes: fortalecimiento de habilidades psicosociales para la vida y hábitos saludables con escolares en Bogotá. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2015; 33(3): 406-13.
176. **March S, Ramos M, Soler M, Ruiz-Jiménez JL, Miller F, Domínguez J.** Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. *Aten Primaria.* 2011; 43(6): 289-96.
177. **Marchioni M.** Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria. Madrid: Editorial Popular; 2001.
178. **Martín A, Cano JF.** Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Elsevier; 2008.
179. **Martín A, Cano JF.** Compendio de Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier; 2010.
180. **Martín A, Gené J, Suías P.** Actividades preventivas y de promoción de la salud. En: **Martín A, Cano JF.** Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Elsevier; 2008.
181. **Martín E, Sarmiento P, Ramírez A.** Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo. *Rev Calid Asist.* 2014. [On-Line]. [Consultado 30 noviembre 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.11.007>
182. **Martín MC.** Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas prof.* 2004; 5(17): 23-9.
183. **Martín R.** Efectividad de un programa de promoción de actividad física en personas inactivas en el ámbito comunitario. (Tesis doctoral). Universidad de Málaga, Málaga, España; 2012.
184. **Martínez A, Marzá A, Llorca J, Martínez C, Escrivá A, Blasco M.** Hábitos de salud en escolares en ámbito urbano y rural. *Enfermería Glob.* 2013a; 29: 158-69.
185. **Martínez E.** La técnica delphi como estrategia de consulta a los implicados en la evaluación de programas. *Revista de Investigación Educativa.* 2003; 21(2): 449-63.
186. **Martínez MA, De Irala J, Delgado M.** Determinantes de la salud. En: **Martínez MA.** Conceptos de Salud Pública y estrategias preventivas. Un manual para ciencias de la salud. Barcelona: Elsevier; 2013b.

187. **Matos M, Reis M, Ramiro L, Ramiro J, Leal I.** Educação sexual em Portugal: Legislação e avaliação da implementação nas escolas. *Psicologia, saúde & doenças*. 2014; 15: 335-55.
188. **Mejías M, Velázquez L, Córdoba A, Montaña JM, Ramos J.** Nivel de conocimientos sobre la figura del Podólogo. *Rev Esp Podol*. 1998; 9(1): 47-53.
189. **Mérida R, Serrano A, Tabernero C.** Diseño y validación de un cuestionario para la evaluación de la autoestima en la infancia. *RIE*. 2015; 33(1): 149-62.
190. **Miguel F.** Epidemiología como método y como ciencia. *Gac Sanit*. 2007; 21:88-9.
191. **Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.** Educación. 2015. [On-Line]. [Consultado 10 diciembre 2015]. Disponible en: https://www.educacion.gob.es/educabase/menu.do?type=pcaxis&path=/Universitaria/Personal/2014-2015/PDI/1_Total_Nacional&file=pcaxis&l=s0
192. **Ministerio de Educación.** Diferencias de género en los resultados educativos: medidas adoptadas y situación actual en Europa. 2011. [On-Line]. [Consultado 14 enero 2016]. Disponible en: http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201109271211350.comp_desarrollo_ninos_ninas_parv.pdf
193. **Ministerio de Educación.** Tutoría y orientación educativa en la educación secundaria. Lima: Ministerio de Educación; 2005.
194. **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** Estilos de vida saludables. 2016. [On-Line]. [Consultado 14 enero 2016]. Disponible en: <http://www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es/>
195. **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** Los determinantes sociales de la salud. 2016. [On-Line]. [Consultado 14 enero 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/determinantes.htm>
196. **Molina T, Domínguez JC, Santos JM, Carbonell A, Sánchez J, Paz ML.** Eficacia de las sesiones educativas para modificar la prescripción de fármacos nuevos. *Aten Primaria*. 2005; 36(7): 367-72.
197. **Moliner M.** Diccionario de uso del español. Edición abreviada. Madrid: Gredos; 2008.

- 198.**Monteagudo E, Vidal S.** Prevención cuaternaria. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 62: 286-268.
- 199.**Montero L.** Niños y niñas: ¿diferentes desde la cuna? Página web serPadres. 2016. [On-Line]. [Consultado 27 enero 2016]. Disponible en: <http://www.serpadres.es/1-2-anos/educacion-estimulacion/articulo/diferencias-nino-nina-estereotipos-sexuales>
- 200.**Montero M, Iraurgi L, Matellanes B, Montero JM.** Uso del índice de cambio fiable en la evaluación de la efectividad de intervenciones clínicas: aplicación en un programa formativo en asma. *Aten Primaria*. 2015; 47(10): 644-52.
- 201.**Morales A.** Valoración y relaciones entre nivel de condición física, composición corporal y hábitos cotidianos, de los escolares en enseñanza secundaria obligatoria (12-16 años) de Málaga. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España; 2009.
- 202.**Morales MG.** Comparación entre el desarrollo de niños y niñas del Primer Ciclo de Educación Parvularia según la calidad de sus ambientes educativos, en la Provincia de Concepción. *Revista Paideia*. 2008. [On-line]. 2008. [Consultado 17 mayo 2014]; 45. Disponible en: http://www.coeducaccio.com/wp-content/uploads/2012/09/Diferencias-de-desarrollo-ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as-seg%C3%BAAn-calidad-educativa_-Educ.-Parv.pdf
- 203.**Moreno Rodríguez P.** La Educación para la Salud en los ciclos medio y superior de Educación Primaria en la comarca del Baix Camp. (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España; 2009.
- 204.**Moreno-Martínez FJ, Ruzafa-Martínez M, Ramos-Morcillo AJ, Gómez García CI b, Hernández-Susarte AM.** Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil (HICORIN ®). *Aten Primaria*. 2015; 47(7): 419-27.
- 205.**Morgan A, Ziglio E.** Revitalizar la base de evidencias para la salud pública: el modelo basado en los activos. *Promotion & Education*. 2007; 14:63.
- 206.**Morón JA.** Aportaciones y experiencias en Educación para la Salud. Sevilla: Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas; 2000.
- 207.**Navarro VR.** Situaciones de desastres. Manual para la organización de la atención médica de urgencia. (Tesis doctoral). Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba; 2010.

208. **Navarro-Flores E, Gijón-Noguerón G, Cervera-Marín JA, Labajos-Manzanares MT.** Evaluación de los autocuidados del pie en pacientes diabéticos. Análisis retrospectivo (2008-2013). *Rev Int Cienc Podol.* 2014; 8(1): 25-35.
209. **Navarro-Flores E, Morales-Asencio JM, Cervera-Marín JA, Labajos-Manzanares MT, Gijón-Noguerón G.** Development, validation and psychometric analysis of the diabetic foot self-care questionnaire of the University of Malaga, Spain (DFSQ-UMA). *J Tissue Viability.* 2015; 24: 24-34.
210. **Nebot M, López MJ, Ariza C, Villalbí JR, García-Altés A.** Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gac Sanit.* 2011; 25(Supl 1): 3-8.
211. **New Definitions: Report of the 1972-1973 Joint Committee on Health Education Terminology.** *J Sch Health.* 1974; 44 (1): 33-7.
212. **Okoli C, Pawlowski SD.** The Delphi method as a research tool: An example, design considerations and applications. *Information & Management.* 2004; 42: 15-29.
213. **OMS (Organización Mundial de la Salud).** Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud. 23ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1969.
214. **OMS (Organización Mundial de la Salud).** Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1986.
215. **OMS (Organización Mundial de la Salud).** Determinantes sociales de la salud. 2016. [On-Line]. [Consultado 14 enero 2016]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
216. **OMS (Organización Mundial de la Salud).** Educación para la Salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra: OMS; 1989.
217. **OMS (Organización Mundial de la Salud).** Intervención de los agentes de salud comunitaria en el tratamiento. 2016. [On-Line]. [Consultado 20 enero 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2004/chapter3/es/index5.html>
218. **OMS (Organización Mundial de la Salud).** La Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud hacia el siglo XXI; 1997.
219. **OMS (Organización Mundial de la Salud).** Nuevos métodos de educación sanitaria en atención primaria. Informe técnico de un comité de expertos. Ginebra: OMS; 1983.

220. **OMS (Organización Mundial de la Salud)**. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: OMS; 1998.
221. **OMS (Organización Mundial de la Salud)**. Salud para todos en el año 2000. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984.
222. **OMS (Organización Mundial de la Salud)**. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS; 2008.
223. **OPS (Organización Panamericana de la Salud)**. Evaluación para el planteamiento de programas de educación para la salud. Guía para técnicos medios y auxiliares. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1990.
224. **OPS (Organización Panamericana de la Salud)**. Promoción de la salud, escuela y comunidad: el laberinto de la implementación. Washington: EDC; 2009.
225. **OPS (Organización Panamericana de la Salud)**. Salud ambiental y desarrollo sustentable. Determinantes de la Salud. 2016. [On-Line]. [Consultado 14 enero 2016]. Disponible en:
http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=category&id=725&layout=blog&Itemid=300
226. **Ordoñana JR**. Educación para la Salud y Comunicación sobre riesgos. En: **Flores MD**. La Promoción de la Salud: una perspectiva pedagógica. Valencia: Nau Llibres; 2003.
227. **Orozco L**. Estudio comparativo de los modelos de evaluación de la calidad e-learning en el Sistema de Universidad Virtual de la Universidad de Guadalajara México y propuesta complementaria. (Tesis doctoral). Universidad de Guadalajara, México; 2014.
228. **Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C**. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. Aten Primaria. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.001>
229. **Orrego JM, Paino M, Fonseca-Pedrero E**. Programa educativo “Trampolín” para adolescentes con problemas graves del comportamiento. Aula Abierta. 2016; 44: 38-45.

230. **Parra MI, Marín P, Sánchez AI, Rodrigo L, López C, Santamaría M.** Taller de adolescentes. Experiencia de educación para la salud en el instituto. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003; 5(17): 41-51.
231. **Patino-Fernández AM, Hernández J, Villa M, Delamater A.** School-based health promotion intervention: parent and school staff perspectives. *J Sch Health*. 2013; 83: 763-70.
232. **Perea R.** La Educación para la Salud. Reto de nuestro tiempo. Madrid: Díaz de Santos; 2004.
233. **Perea R.** Promoción y Educación para la Salud. Tendencias innovadoras. Madrid: Díaz de Santos; 2009.
234. **Pérez A, Gómez M, Jiménez R, Pérez MV.** Programa asistencial y preventivo de salud podológica en la población escolar. *Rev Salud del Pie*. 2008; 22(4): 10-4.
235. **Pérez FJ, Ramos J, Castillo JM.** Taller práctico sobre cuidados en el pie diabético: experiencia en la sierra sur de Sevilla. *Rev Salud del pie*. 2006a; 40: 30-3.
236. **Pérez MJ, Echauri M, Ancizu E, Chocarro J.** Manual de educación para la salud. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2006b.
237. **Pérez MJ, Echauri M.** Educación versus coerción. Una apuesta decidida por la educación para la salud. *Gac Sanit*. 2013; 27(1): 72-4.
238. **Pérez-Gil JA, Chacón S, Moreno R.** Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*. 2000; 12: 442-6.
239. **Pino MR.** Educación para la salud y calidad de vida. En: **Rosales C, González M^a.** Promoción de la Salud en la Universidad. Santiago de Compostela: Tórculo Ediciones; 2008.
240. **Piña N.** Cómo elaborar un programa de educación para la salud. Prevención de las alteraciones morfológicas en la columna vertebral en edad escolar. *Biociencias*. 2004; 2: 201.
241. **Polit DF, Hungler BP.** Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: McGraw-Hill; 2000.
242. **Pommier J, Guével MR, Jourdan D.** A health promotion initiative in French primary schools based on teacher training and support. *Glob Health Promot*. 2011; 18: 34-8.

- 243.**Porcel AM.** Construcción y validación de un Sistema de Evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España; 2011.
- 244.**Powell C.** Methodological issues in nursing research. The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs* 2002; 41(4): 376-82.
- 245.**Powell C.** The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs*. 2003; 41(4):376-82.
- 246.**Programa de Salud Escolar Podológica.** Asignatura de Podología Preventiva y Comunitaria. Departamento de Podología. Universidad de Sevilla. Cursos 2012-2013 y 2013-2014.
- 247.**Puente-Maestu L, Chancafe-Morgan J, Calle M, Rodríguez- Hermosa JL, Malo de Molina R, Ortega-González A et al.** Validación de la versión en español del cuestionario COPD-Q/EPOC-Q de conocimientos de la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2016; 52(1): 12-6.
- 248.**Puig R, Perramon M, Zara C, García AM.** Establecimiento de los conocimientos, actitudes y opiniones de la población sobre el uso racional de medicamentos. *Aten Primaria*. 2015; 47(7): 446-55.
- 249.**RAE (Real Academia Española de la Lengua).** Diccionario de la lengua española. Madrid: Espasa-Calpe; 2001.
- 250.**Rajmil L.** Adaptación de la versión española del perfil de salud infantil. *An Pediatr*. 2004; 60(6): 522-29.
- 251.**Ramos J, Álvarez V, Tovaruela N, Mahillo R, Gago F.** Impacto poblacional de un programa de salud escolar podológica. *Gac Sanit*. 2016a. doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.12.002
- 252.**Ramos J, Lomas MM, Martínez L, García R.** Bases para implantar un programa de promoción de la salud podológica en la población escolar. *Rev Esp Podol*. 2006; 17(6): 274-84.
- 253.**Ramos J, Mejías M, Palomo IC, Espinosa EV, González I.** Historias clínicas podológicas. Estudio y valoración. *Rev Esp Podol*. 1998; 9(2): 88-92.
- 254.**Ramos J, Muñoz MD, Mazoterías R, Melero G, Carmona A.** Podología Preventiva y Comunitaria. *Rev Esp Podol*. 2011; 22(5): 195-200.
- 255.**Ramos J, Tovaruela N, López D, González ML.** Estrategias para promocionar la salud podológica, después de 10 años. *Aten Primaria*. 2016b; 48(1): 67-8.

256. **Ramos J, Tovaruela N.** Charla-coloquio y taller sobre el cuidado de los pies en las personas con diabetes. El Sacarino. Revista informativa de la Asociación de Diabéticos del Sur de Córdoba (ADISURC). [On-Line]. 2014. [Consultado 9 febrero 2016]; 12(13): 19-22. Disponible en: <http://www.adisurc.org/files/Sacarino14.pdf>
257. **Ramos J, Tovaruela N.** Charla-coloquio y taller sobre el cuidado de los pies en las personas con diabetes, edición 2.015. El Sacarino. Revista informativa de la Asociación de Diabéticos del Sur de Córdoba (ADISURC). 2016. En prensa.
258. **Ramos J.** Detección precoz y confirmación diagnóstica de alteraciones podológicas en población escolar. (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, Sevilla, España; 2007.
259. **Ramos P, Pasarín MI, Artazcoz L, Díez E, Juárez O, González I.** Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública. Gac Sanit. 2013; 27(2): 104-10.
260. **Ramos P, Vázquez N, Pasarín MI, Artazcoz L.** Evaluación de un programa piloto promotor de habilidades parentales desde una perspectiva de salud pública. Gac Sanit. 2016c; 30(1): 37-42.
261. **Ramos-Morcillo AJ, Martínez-López EJ, Fernández-Salazar S, Del-Pino-Casado R.** Diseño y validación de un cuestionario sobre las actitudes antes la prevención y promoción de la salud en atención primaria (CAPPAP). Aten Primaria. 2013; 45(10): 514-21.
262. **Ramos-Pibernus A, Rivera-Segarra E, Colón-Burgos J, González-Sepúlveda O, Rodríguez-Díaz CE, Rodríguez-Madera S.** Percepciones y experiencias sobre los determinantes sociales de la salud en una muestra de profesionales y estudiantes de psicología y educación para la salud en Puerto Rico. Salud & Sociedad. 2014; 5(2): 194-208.
263. **Ramsey LS, Watkins L, Engel ME.** Health education interventions to raise awareness of rheumatic fever: a systematic review protocol. Syst Rev. 2013; 2: 58.
264. **Rebollo MA.** La innovación educativa con perspectiva de género. Retos y desafíos para el profesorado. Profesorado. Revistas de Currículum y Formación de Profesorado. 2013; 17(1): 3-8.

265. **Reverter-Masía J, Legaz-Arrese A, Jové-Deltell MC, Mayolas MC, Vinacua C.** Intervención educativa sobre hábitos nutricionales, higiene y salud en alumnos de primaria. *Rev Int Med Cienc Act Fís Deporte*. 2012; 12: 611-23.
266. **Riaño CE, Palomino M.** Diseño y elaboración de un cuestionario acorde con el método Delphi para seleccionar laboratorios virtuales. *Sophia*. 2015; 11(2): 129-41.
267. **Riquelme M.** Metodología de educación para la salud. *Rev Pediatr Aten Primaria Supl*. 2012; 21: 77-82.
268. **Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán M.** Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en Salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2011; 85(2): 129-39.
269. **Robbins J.** Podología, Atención Primaria. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1995.
270. **Rodrigo MJ, Márquez ML, García M, Mendoza R, Rubio A, Martínez A et al.** Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*. 2004; 16(2): 203-10.
271. **Rodríguez E, Calvo JR.** Educación para la Salud. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Vicerrectorado de Ordenación Académica y Espacio Europeo de Educación Superior; 2010.
272. **Rodríguez E, Martínez F.** El nacimiento y la consolidación de la salud pública en España. En: **Rodríguez E, Martínez F.** Salud Pública en España. De la Edad Media al siglo XXI. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008.
273. **Rodríguez JM, Aldana L, Villalobos N.** Método Delphi para la identificación de prioridades de ciencia e innovación tecnológica. *Rev CubMed Mil [serie en Internet]*. 2010. [Consultado 19 enero 2016]; 39 (3-4):214–26. Disponible en:
274. **Román A.** Conceptos y definiciones básicas de la gestión clínica. *Medwave*. 2012; 12(5):e5418 doi: 10.5867/medwave.2012.05.5418
275. **Romero C, Salicetti A.** Elaboración y validación de un cuestionario para la aplicación de diferentes estrategias metodológicas en estudiantes universitarios. Congreso internacional de investigación educativa. Universidad de Costa Rica; 2011.
276. **Roque P.** Educación para la Salud. México: Larousse - Grupo Editorial Patria; 2014.

- 277.**Rose G.** La estrategia de la Medicina Preventiva. Barcelona: Masson-Salvat; 1994.
- 278.**Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE.** Evaluation: a systematic approach, 7th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2004.
- 279.**Rubio-Terrés C, Sacristán JA, Badía X, Cobo E, García Alonso F.** Métodos utilizados para realizar evaluaciones económicas de intervenciones sanitarias. Med Clin (Barc). 2004; 122(15): 578-83.
- 280.**Rueda JR, Manzano I, Darío R, Pérez de Arriba J, Zuazagoitia J, Zulueta G.** La promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. Investigación comisionada. Donostia-San Sebastián: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2008.
- 281.**Ruiz JI, Ispuzua MA.** La descodificación de la vida cotidiana. Bilbao: Universidad de Deusto; 1989.
- 282.**Ruiz PJ, Puebla del Prado R, Cano J, Ruiz PM.** Proyecto de educación para la salud: Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes. Aten Primaria. 2000; 1(26): 51-7.
- 283.**Rumbo JM, Arantón L, Cobas E, Movilla MJ, Varela NE, Romero M.** La promoción de la salud como instrumento para mejorar la calidad de vida: Evolución y perspectivas. Enferm Científ. 2001; 230-231:5-10.
- 284.**Sáenz R, Gabari MI, García JM.** Recursos de salud positiva: estudio exploratorio con grupos del ámbito escolar de Pamplona. Aten Primaria. 2015. doi: 10.1016/j.aprim.2015.06.003
- 285.**Sahuquillo MR.** Para bajar la factura de la salud, gaste en prevenir. Elpais.com, 2010. [On-Line]. [Consultado 30 noviembre 2015]. Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/01/30/sociedad/1264806001_850215.html
- 286.**Saladrigas MV, Sacristán del Castillo JA.** Fichas de MedTrad (n.º 13): eficacia, efectividad y eficiencia en la investigación de fármacos. Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción. 2004; 5 (17-18): 188-90.
- 287.**Saldaña RB.** Aprender para educar, una necesidad del médico de la familia en la atención de los pacientes diabéticos. Rev Paceyña Med Fam. 2006; 3(3): 33-6.
- 288.**Salleras L.** Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1990.

289. **Salleras L, Domínguez A, Navas E, Canela J.** Evaluación de la eficacia y la efectividad de las intervenciones preventivas y de los programas de salud. En: **Piédrola G.** Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson; 2008a.
290. **Salleras L, Fuentes M, Prat A, Garrido P.** Educación Sanitaria. Conceptos y Métodos. En: **Piédrola G.** Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson; 2008b.
291. **San Martín H.** Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva. Barcelona: Masson; 1989
292. **Sánchez M, Suárez M, Manzano N, Oliveros L, Lozano S, Fernández B et al.** Estereotipos de género y valores sobre el trabajo entre los estudiantes españoles. [On-Line]. 2011. [Consultado 18 noviembre 2015]; 335. Disponible en: http://www.revistaeducacion.educacion.es/re355/re355_14.pdf
293. **Sánchez R, Echeverry J.** Validación de escalas de medición en salud. Rev Salud Pública. 2004; 6(3): 302-18.
294. **Sanchez S, Medina JL, Mendoza B, Ugarte AI, Martínez de Albéniz M.** Investigación acción participativa; la educación para el autocuidado del adulto maduro, un proceso dialógico y emancipador. Aten Primaria. 2015; 2015; 47(9): 573-80.
295. **Sánchez-Martos J.** Marco conceptual de la promoción y educación para la salud. En: **Marqués F, Sáez S, Guayta R.** Métodos y medios en promoción y educación para la salud. Barcelona: Editorial UOC; 2004.
296. **Segura A.** La dimensión social y cultural de la prevención. Aten Primaria. 2012; 44 (5): 248-9.
297. **Serrano MI.** Comunicación y mensaje educativo. Influencia en el comportamiento. En: **Serrano MI.** La Educación para la Salud del siglo XXI: Comunicación y Salud. Madrid: Díaz de Santos; 2002a.
298. **Serrano MI.** Los grandes cambios sociosanitarios del siglo XXI. En: **Serrano MI.** La Educación para la Salud del siglo XXI: Comunicación y Salud. Madrid: Díaz de Santos; 2002b.
299. **Serrano-López P, Sánchez-López M, Pardo-Guijarro MJ, Gaspar-López-Roldán P.** Estudio sobre la Educación para la Salud en los centros de Educación Secundaria de Albacete en 2014. Aten Primaria. 2015; 47 (9):605-6.
300. **Serrano-Ortega N, Frías-Osuna A, Recio-Gómez JM, Del-Pino-Casado R.** Diseño y validación de una escala para la medición de la dedicación al cuidado

- en personas cuidadoras de mayores dependientes (DeCuida). *Aten Primaria*. 2015; 47(9): 589-95.
301. **Servicio Andaluz de Salud**. 2016. [On-Line]. [Consultado 10 enero 2016]. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/default.asp>
302. **Sierra A, Almaraz A, Doreste JL**. Demografía y salud pública. Demografía Estática. En: **Piédrola G**. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson; 2008.
303. **Silió E**. Nacer a final de año influye en las notas. *Elpais.com*, 2011. [On-Line]. [Consultado 30 noviembre 2015]. Disponible en:
http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/12/30/actualidad/1325256407_157420.html
304. **SIMA (Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía)**. 2016. [On-Line]. [Consultado 10 enero 2016]. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/sima/htm/sml8087.htm>
305. **Sinha IP, Smyth RL, Williamson PR**. Using the Delphi technique to determine which outcomes to measure in clinical trials: recommendations for the future based on a systematic review of existing studies. *PLoS Med*. 2011; 8(1):e1000393.
306. **Steinert M**. A dissensus based online Delphi approach: An explorative research tool. *Technological Forecasting Social Change Journal*. 2009; (76): 291–300.
307. **Talavera M, Gavidia V**. Dificultades para el desarrollo de la educación para la salud en la escuela. *Opiniones del profesorado. Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*. 2007; 21: 119-28.
308. **Talavera M, Gavidia V**. Percepción de la educación para la salud en el personal docente y el sanitario. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*. 2013; 27: 115-29.
309. **Thesen J**. From oppression towards empowerment in clinical practice-offering doctors a model for reflection. *Scand J Public Health Suppl*. 2005; 66:47-52.
310. **UNESCO**. School Health Programme: A strategic Approach for Improving Health and Education in Pakistan. 2010. [On-Line]. [Consultado 16 enero 2016]. Disponible en:

- <http://unesco.org.pk/education/documents/publications/School%20Health%20Programme.pdf>
311. **Valois RF**. Aligning Health & Education in the School Setting. 2011. [On-Line]. [Consultado 6 junio 2015]. Disponible en: <http://www.ascd.org/ASCD/pdf/siteASCD/publications/Aligning-Health-Education.pdf>
312. **Varela-Centelles PI, Graña-Iglesias MA, Varela-Centelles A**. El cepillado de dientes: cómo potenciar habilidades en los niños. *Rev ROL Enferm*. 2008; 31:103-6.
313. **Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R**. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Aten Primaria*. 2012; 1(2): 90-5.
314. **Vargas A, Palacios P**. Educación para la Salud. México: Larousse - Grupo Editorial Patria; 2014.
315. **Vázquez C, Hervás G**. Salud mental positiva: del síntoma al bienestar. En: **Vázquez C, Hervás G**. Psicología Positiva aplicada. Bilbao: Desclee de Brower; 2008.
316. **Vecina C**. Estrategias comunitarias para la promoción de la salud. *Comunidad*. 2013; 15(1): 10-3.
317. **Véliz PL, Berra EM, Jorna AR, Sabina RR**. Aplicación del método Delphi para la definición de funciones del especialista en medicina intensiva y emergencia. *Rev Cub Med Int Emerg*. 2013; 12(2). Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol12_2_13/mie03213.html
318. **Viadé J, Royo J**. Pie diabético: Guía para la práctica clínica. Madrid: Médica Panamericana; 2013.
319. **Villa AR, Moreno L, García GS**. Epidemiología y estadística en salud pública. México: McGraw-Hill; 2012.
320. **Villar E**. Motivación y estrategias de promoción de la salud de los estudiantes universitarios. En: **Rosales C, González Mª**. Promoción de la Salud en la Universidad. Santiago de Compostela: Tórculo Edicións; 2008.
321. **Vlaeyen E, Coussement J, Leysens G, Van der Elst E, Delbaere K, Cambier D et al**. Characteristics and Effectiveness of Fall Prevention Programs in Nursing Home. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *JAGS*. 2015; 63(12): 211-21.

322. **World Health Organization.** Health Education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. Cairo: Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2012.
323. **Yañez MR, Avila JA, Bermudez MI, De Miguel I, Bellver V, Guilabert M et al.** Estudio Delphi para identificar las competencias en gestión del directivo de enfermería. *Rev Calid Asist.* 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.08.005>
324. **Yañez MR, Cuadra R.** La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y Enfermeria.* 2008; 14(1):9-15.
325. **Yonekura T, Baldini C.** El juego educativo como estrategia de sensibilización para recolección de datos con adolescentes. *Rev Lat-Am Enfermagem.* 2010; 18(5): 1-7.

10. ANEXOS

ANEXO I: Dictamen favorable Comité de Bioética de los hospitales universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES
Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación
Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía

DICTAMEN ÚNICO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

D/D*: Jose Salas Turrents como secretario/a del CEI de los hospitales universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta de (No hay promotor/a asociado/a) para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO:	Evaluación de la efectividad de la educación para la salud dentro de un programa de salud escolar podológica. (Promoción de la Salud Podológica)
Protocolo, Versión:	pdf
HIP, Versión:	pdf
CI, Versión:	pdf

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.

La capacidad del/de la investigador/a y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.

Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.

Y que este Comité considera, que dicho estudio puede ser realizado en los Centros de la Comunidad Autónoma de Andalucía que se relacionan, para lo cual corresponde a la Dirección del Centro correspondiente determinar si la capacidad y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Lo que firmo en SEVILLA a 04/09/2015

D/D*, Jose Salas Turrents, como Secretario/a del CEI de los hospitales universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío



ANEXO II: Solicitud autorización cuestionarios a la dirección de los centros educativos

Natalia Tovaruela Carrión, Graduada en Podología, con DNI 77822827-G, con domicilio en Calle Mar Negro nº 4 1ªA, CP: 41009, Ciudad: Sevilla, Provincia: Sevilla. Teléfono: 673065435, correo electrónico: tovaru_7@hotmail.com

EXPONE:

Que actualmente es doctoranda del Programa de Doctorado “Ciencias de la Salud” y que se encuentra realizando su tesis doctoral titulada “Evaluación de la efectividad de Educación para la Salud dentro del Programa de Salud Escolar Podológica” dirigida por los profesores doctores José Ramos Galván y Pedro Vicente Munuera Martínez.

Hemos decidido que el tema de la investigación sea sobre el Programa de Salud Escolar Podológica, en concreto sobre el apartado de Educación para la Salud. Para evaluar su efectividad, necesitamos pasar unos cuestionarios pre y otros post a las charlas- coloquio que se les impartirán a los escolares de 5º y 6º de Primaria.

SOLICITA:

Autorización para pasar los cuestionarios pre y post charla- coloquio a los escolares de 5º y 6º de Primaria de su centro educativo.

Sevilla, de de 2015

Fdo.: Natalia Tovaruela Carrión

DIRECCIÓN del COLEGIO

ANEXO III: Ejemplo autorización de la dirección del centro educativo para pasar los cuestionarios

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
C.E.I.P. Arias Montano

S A L I D A	JUNTA DE ANDALUCÍA	
	Consejería de Educación	
	FECHA	NÚMERO
	03/12/2014	-88-
	C.E.I.P. ARIAS MONTANO	
	Sevilla	

Fecha: 03/12/2014
Asunto: Cuestionarios

A/A Facultad De Enfermería, Fisioterapia y Podología
Universidad de Sevilla

Joaquín Castro Cuadrado
Director del C.E.I.P. Arias Montano
Sevilla

Adjunto remito autorización para pasar los cuestionarios pre y post charla-
coloquio a los escolares de 5º y 6º de Primaria

Joaquín Castro Cuadrado
Director

ANEXO IV: Consentimiento Informado



Centro:

DOCUMENTO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Evaluación de la efectividad de la Educación para la Salud dentro de un Programa de Salud Escolar Podológica

Estimado/a padre/madre/tutor/a

Nos ponemos en contacto Vd. para informarle que desde el Departamento de Podología de la Universidad de Sevilla se está llevando a cabo un estudio para evaluar la efectividad de las actividades de Educación para la Salud sobre el cuidado de los pies realizadas dentro de un Programa de Salud Escolar Podológica.

La importancia de esta investigación viene dada por su repercusión en la Salud Pública porque los resultados de este trabajo servirán para establecer estrategias de mejora y de intervención en prevención y promoción de la salud podológica, lo que supone un beneficio para la comunidad.

Para ello se procede a la recogida de información mediante cuestionarios anónimos a los escolares de 5º y 6º de Educación Primaria. Un cuestionario se pasará de manera previa a la actividad educativa sobre el cuidado de los pies ("charla-coloquio") y otro cuestionario inmediatamente después de finalizar la actividad, que será realizada en el propio centro docente de su hijo/a.

Todos los datos recogidos serán confidenciales conforme con la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999. La información obtenida se utilizará exclusivamente con fines investigadores para elaborar una tesis doctoral.

La participación es totalmente voluntaria y la investigación no supone ningún riesgo para los/las participantes.

Si requiere información adicional, puede ponerse en contacto con Natalia Tovaruela Carrión (Investigadora principal) en el teléfono 954486537 o en el correo electrónico natovarua@gmail.com

Si desea que su hijo/a participe en el estudio debe dar su consentimiento y devolverlo al centro.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo D/Dña.:

con DNI:.....

padre/madre/tutor del alumno/a:.....

declaro haber comprendido la información proporcionada por la investigadora a cerca de las características de la actividad y en consecuencia AUTORIZO que mi hijo/a participe en el estudio.

Nombre y Firma

En Sevilla a de de 2015

ANEXO V: Hoja de información al participante

Anverso



HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Evaluación de la efectividad de la Educación para la Salud dentro de un Programa de Salud Escolar Podológica

Información sobre la investigación

Naturaleza:

Con este estudio se pretende:

- Valorar la efectividad de las actividades de Educación para la Salud, del Programa de Salud Escolar Podológica, dirigidas a escolares de 5º y 6º de Educación Primaria, en la ciudad de Sevilla.
- Conocer el grado de conocimientos de los escolares sobre el cuidado de los pies, antes y después de la actividad educativa.
- Conocer la opinión de los escolares sobre la actividad educativa recibida.
- Analizar las diferencias en los resultados por sexo, nivel académico y centro educativo.
- Recoger datos para la planificación de futuras actividades educativas.
- Para ello se procederá a la recogida de información mediante cuestionarios administrados a escolares de 5º y 6º de Educación Primaria.

Importancia:

- Se trata de un estudio en un área con repercusión en Salud Pública.
- La investigación está destinada a mejorar la calidad de las actividades de Educación para la Salud impartidas dentro del Programa de Salud Escolar Podológica.
- Los resultados de esta investigación servirán para establecer estrategias de mejora y de intervención adecuadas a este grupo poblacional.

ANEXO V: Hoja de información al participante
Reverso



Implicaciones para el paciente:

- La participación es totalmente voluntaria.
- Todos los datos de carácter personal obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Los datos obtenidos se utilizarán exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Riesgos de la investigación para el participante:

- No existen.

ANEXO VI: Instrucciones para cumplimentar el cuestionario. Panel de expertos (1/4)

Charla- coloquio sobre el cuidado de los pies

Dentro de la línea de investigación **“Salud Podológica para Todos”** se está llevando a cabo un trabajo de investigación titulado **“Evaluación de la efectividad de la Educación para la Salud dentro de un Programa de Salud Escolar Podológica”**, que ha surgido de la necesidad de conocer la efectividad que presentan las charlas-coloquios sobre el cuidado de los pies, como actividades de Educación para la Salud, realizadas dentro del Programa de Salud Escolar Podológica (PSEP), que se lleva a cabo desde el año 1996-97 formando parte de la programación de la asignatura Podología Preventiva y Comunitaria impartida en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.

La Educación para la Salud a la población consiste en hacer partícipes a sus miembros de una serie de conocimientos que impulsen razonadamente a la acción y a la responsabilidad. “Saber” es discernir lo que es de lo que no es. En este caso lo que es bueno y lo que no lo es para la salud y sabemos algo plenamente cuando, además de saber “qué es”, sabemos “por qué es”. Por tanto la Educación para la Salud pretende razonar por qué tal serie de comportamientos o estilos de vida pueden afectar a la salud, inculcándoles actitudes, conocimientos y hábitos positivos de salud que favorezcan su crecimiento y desarrollo, el fomento de su salud y la prevención de las enfermedades evitables de su edad. En este campo, es necesario, no sólo que los educandos comprendan el mensaje, sino que queden convencidos de su veracidad e importancia y que suscite una acción positiva.

La Educación para la Salud es la principal acción de prevención primaria para muchas enfermedades prevalentes en la actualidad, ya que están condicionadas principalmente por factores conductuales o de comportamiento. Y también es fundamental en la prevención secundaria, para descubrir o detectar precozmente las enfermedades

ANEXO VI: Instrucciones para cumplimentar el cuestionario. Panel de expertos

(2/4)

crónicas en la fase presintomática (screening, autoexamen) o al aparecer los primeros síntomas. Por todo ello es muy importante que llegue a toda la colectividad. Cualquier persona, sea cual sea su edad, sexo, nivel de renta, lugar de residencia y las circunstancias de su vida personal, familiar o social, puede y debe beneficiarse de ella.

Objetivos

Los objetivos que nos planteamos con este trabajo son:

1. Conocer el grado de conocimientos de los escolares sobre el cuidado de los pies, antes y después de la charla-coloquio.
2. Conocer la opinión de los escolares sobre la charla-coloquio recibida.
3. Analizar los resultados por sexo, nivel académico y centro educativo.
4. Recoger datos para la planificación de futuras actividades educativas.

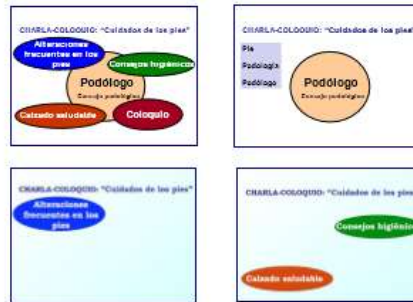
Dentro del PSEP se planifican charlas-coloquio de aproximadamente 50 minutos de duración dirigida a los escolares de 5º y 6º de Educación Primaria, así como a sus profesores y padres o tutores utilizando un lenguaje sencillo adaptado a cada nivel y empleando medios audiovisuales que mantengan la atención y ayuden a clarificar las ideas. Para ello:

- Se determinan las necesidades educativas mediante la realización de un cuestionario pre-charla.
- Se programan los objetivos, abordados en páginas anterior, y contenidos de las charlas-coloquios, que se centran en los siguientes apartados:
 - Pie, Podología y podólogo
 - Alteraciones más frecuentes en los pies de los escolares.
 - Consejos podológicos y cuidado de los pies.

ANEXO VI: Instrucciones para cumplimentar el cuestionario. Panel de expertos

(3/4)

- Calzado saludable.
- Coloquio.



Contenido de las charlas-coloquios.

Al finalizar la charla-coloquio se evalúa el programa educativo a través de un cuestionario post-charla.

Metodología de la Investigación

Consiste en realizar una charla-coloquio sobre los contenidos desarrollados anteriormente a los escolares de 5º y 6º de Educación Primaria.

Previamente a la actividad educativa se evaluarán los conocimientos previos de salud podológica a través de un cuestionario pre-charla. Los cuestionarios serán entregados y recogidos en el centro educativo por la investigadora principal días previos a la realización de la charla-coloquio en horario establecido por el centro para no alterar la actividad docente.

Posteriormente se procederá a impartir la charla-coloquio a los escolares de 5º y 6º de Educación Primaria en el día previamente establecido con la dirección del centro educativo.

ANEXO VI: Instrucciones para cumplimentar el cuestionario. Panel de expertos

(4/4)

Una vez finalizado el coloquio, inmediatamente después se hará entrega a cada escolar de un cuestionario post-charla para valorar los conocimientos adquiridos tras la intervención educativa, que será rellenado por cada escolar y recogido en el mismo momento por la investigadora principal.

Esta investigación ya ha sido pilotada durante el curso 2013-2014 en varios centros educativos de la ciudad de Sevilla llegándose a un total de 340 escolares de 5º y 6º de Educación Primaria, obteniéndose magníficos resultados.

Esperamos que esta propuesta les resulte interesante, la valoren positivamente y nos den la oportunidad de pilotarla en su centro educativo, lo que nos beneficiará ambos sectores (salud-educación).

Fdo.: Natalia Tovaruela Carrión

Graduada en Podología. Máster Universitario




Estudiante del programa de Doctorado
"Ciencias de la Salud"

Fdo.: José Ramos Galván

Vº Bº Director del proyecto de Investigación

»

ANEXO VII: Instrumento para la validación. Panel de expertos (1/4)

Ítems del Cuestionario PRE	Muy adecuado	Bastante adecuado	Adecuado	Poco adecuado	No adecuado																																																
1. ¿A quién acudirías para resolver un problema en tus pies? Familia Médico Enfermera Podólogo Otros																																																					
2. ¿Sabes quién es el Podólogo y a que se dedica? Sí No																																																					
3. ¿Has ido alguna vez al Podólogo? Nunca Una vez Dos veces Varias veces																																																					
4. Señala la imagen que corresponde a un pie con una huella normal. 																																																					
5. ¿Has recibido información sobre cómo cuidarte los pies? Sí No																																																					
6. ¿Quién te explicó cómo cuidarte los pies? Familia Médico Enfermera Podólogo Otros																																																					
7. ¿Necesitas ayuda para cuidarte los pies? Sí, me cuidan los pies No, me los cuido yo																																																					
8. Indicanos tu opinión sobre las siguientes cuestiones (marca sólo una casilla para cada fila): <table border="1" data-bbox="427 712 769 900"> <thead> <tr> <th></th> <th>Total</th> <th>Bastante</th> <th>No</th> <th>Bastante</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Discrepante</th> <th>Discrepante</th> <th>Discrepante</th> <th>Discrepante</th> <th>Discrepante</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Los pies son una parte importante del cuerpo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hay que cuidar los pies</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hay que lavarse los pies antes de dormir</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hay que secarse muy bien los pies sobre todo entre los dedos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>El corte de las uñas de los pies debe ser recto</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Total	Bastante	No	Bastante	Total		Discrepante	Discrepante	Discrepante	Discrepante	Discrepante	Los pies son una parte importante del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay que cuidar los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay que lavarse los pies antes de dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay que secarse muy bien los pies sobre todo entre los dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El corte de las uñas de los pies debe ser recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Total	Bastante	No	Bastante	Total																																																
	Discrepante	Discrepante	Discrepante	Discrepante	Discrepante																																																
Los pies son una parte importante del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Hay que cuidar los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Hay que lavarse los pies antes de dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Hay que secarse muy bien los pies sobre todo entre los dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
El corte de las uñas de los pies debe ser recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
9. ¿Conoces el nombre de alguna enfermedad en los pies? Sí Indica cuál..... No																																																					
10. ¿Sabes cómo tenemos que sentarnos correctamente? 																																																					
11. Indicanos tu opinión sobre las siguientes cuestiones (marca sólo una casilla para cada fila): <table border="1" data-bbox="414 1093 746 1249"> <thead> <tr> <th></th> <th>Total</th> <th>Bastante</th> <th>No</th> <th>Bastante</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Discrepante</th> <th>Discrepante</th> <th>Discrepante</th> <th>Discrepante</th> <th>Discrepante</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>El calzado adecuado es una buena inversión, ahorra problemas, etc. ¿es perjudicial?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Es recomendable intercambiar el calzado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hay que cambiar los calcetines después del ejercicio físico</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Los tacones en el pie deben estar perfectamente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Total	Bastante	No	Bastante	Total		Discrepante	Discrepante	Discrepante	Discrepante	Discrepante	El calzado adecuado es una buena inversión, ahorra problemas, etc. ¿es perjudicial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es recomendable intercambiar el calzado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay que cambiar los calcetines después del ejercicio físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los tacones en el pie deben estar perfectamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
	Total	Bastante	No	Bastante	Total																																																
	Discrepante	Discrepante	Discrepante	Discrepante	Discrepante																																																
El calzado adecuado es una buena inversión, ahorra problemas, etc. ¿es perjudicial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Es recomendable intercambiar el calzado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Hay que cambiar los calcetines después del ejercicio físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Los tacones en el pie deben estar perfectamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
12. Señala la imagen que consideres que corresponde a un calzado saludable. 																																																					



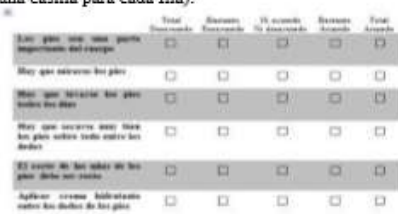

ANEXO VII: Instrumento para la validación. Panel de expertos

(2/4)

13. ¿Qué criterio sigues en la elección del calzado? Moda Diseño Precio Comodidad Otros					
14. ¿Crees que es bueno utilizar el mismo calzado para andar que para hacer algún deporte? Si No					
15. ¿Es conveniente consultar al podólogo por el tipo de calzado adecuado para practicar un deporte? Nunca A veces Siempre					
16. Indícanos tu opinión sobre las siguientes cuestiones de las características del calzado (marca sólo una casilla para cada fila):					
<p>El calzado debe ajustarse al pie</p> <p>La parte más ancha del pie debe coincidir con la más ancha del calzado</p> <p>El material del calzado debe ser transpirable</p> <p>El calzado debe estar sujeto con cordones o velcros</p> <p>La suela debe tener dibujos</p> <p>El tacón debe medir 2 cm</p>	<p>Total Discrepando</p> <p>Bastante Discrepando</p> <p>75 Discrepando</p> <p>Bastante Acordando</p> <p>Total Acordando</p>				
17. ¿Acudirías a una actividad para aprender sobre el cuidado de los pies? Si No					
18. ¿Con que método te gustaría aprender para saber cuidarte los pies? Charla Teatro Talleres Videos Juegos Otros					
<p>NOTA: Si desea hacer alguna observación sobre cualquiera de los ítems planteados, o proponer uno nuevo, puede hacerlo a continuación.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					


ANEXO VII: Instrumento para la validación. Panel de expertos

(3/4)

Ítems del Cuestionario POST	Muy adecuado	Bastante adecuado	Adecuado	Poco adecuado	No adecuado
1. ¿A quién acudirías para resolver un problema en tus pies? Familia Médico Enfermera Podólogo Otros					
2. ¿Sabes quién es el Podólogo y a que se dedica? Si No					
3. ¿Tienes intención de ir al Podólogo? Si No Ya he ido					
4. Señala la imagen que corresponde a un pie con una huella normal. 					
5. Según la longitud de los dedos hay tres tipos de pies. Coloca cada letra en el dibujo que corresponda. A: Egipcio B: Griego C: Cuadrado 					
6. ¿Has recibido información sobre cómo cuidarte los pies? Si No					
7. ¿Quién te explicó cómo cuidarte los pies? Familia Médico Enfermera Podólogo Otros					
8. ¿Necesitas ayuda para cuidarte los pies? Si, me cuidan los pies No, me los cuido yo					
9. Indícanos tu opinión sobre las siguientes cuestiones (marca sólo una casilla para cada fila): 					
10. ¿Conoces el nombre de alguna enfermedad en los pies? Si Indica cuál..... No					
11. ¿Sabes cómo tenemos que sentarnos correctamente? 					

ANEXO VII: Instrumento para la validación. Panel de expertos

(4/4)

<p>12. Indícanos tu opinión sobre las siguientes cuestiones (marca sólo una casilla para cada fila):</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Total Discrepante</th> <th>Discrepante</th> <th>No discrepante</th> <th>Discrepante</th> <th>Total Discrepante</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>¿Cuanto tiempo se debe usar zapatos (deportes, zapatos comunes, etc.) al practicar deporte?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Es recomendable intercalarse el calzado?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Hay que cambiar los zapatos después del ejercicio físico?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Los deportes en el pie deben hacerse inmediatamente?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Total Discrepante	Discrepante	No discrepante	Discrepante	Total Discrepante	¿Cuanto tiempo se debe usar zapatos (deportes, zapatos comunes, etc.) al practicar deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es recomendable intercalarse el calzado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hay que cambiar los zapatos después del ejercicio físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Los deportes en el pie deben hacerse inmediatamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
	Total Discrepante	Discrepante	No discrepante	Discrepante	Total Discrepante																																										
¿Cuanto tiempo se debe usar zapatos (deportes, zapatos comunes, etc.) al practicar deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
¿Es recomendable intercalarse el calzado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
¿Hay que cambiar los zapatos después del ejercicio físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
¿Los deportes en el pie deben hacerse inmediatamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<p>13. Señala la imagen que consideres que corresponde a un calzado saludable.</p> 																																															
<p>14. ¿Qué criterio sigues en la elección del calzado?</p> <p>Moda Diseño Precio Comodidad Otros</p>																																															
<p>15. ¿Crees que es bueno utilizar el mismo calzado para andar que para hacer algún deporte?</p> <p>Si No</p>																																															
<p>16. ¿Es conveniente consultar al podólogo por el tipo de calzado adecuado para practicar un deporte?</p> <p>Nunca A veces Siempre</p>																																															
<p>17. Indícanos tu opinión sobre las siguientes cuestiones de las características del calzado (marca sólo una casilla para cada fila):</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Total Discrepante</th> <th>Discrepante</th> <th>No discrepante</th> <th>Discrepante</th> <th>Total Discrepante</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>El calzado debe ajustarse al pie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>La parte más ancha del pie debe coincidir con la más ancha del calzado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>El material del calzado debe ser transpirable</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>El calzado debe tener suela con cordones o rebordes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>La suela debe tener dibujo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>El tacón debe medir 1 cm</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Total Discrepante	Discrepante	No discrepante	Discrepante	Total Discrepante	El calzado debe ajustarse al pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La parte más ancha del pie debe coincidir con la más ancha del calzado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El material del calzado debe ser transpirable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El calzado debe tener suela con cordones o rebordes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La suela debe tener dibujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El tacón debe medir 1 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Total Discrepante	Discrepante	No discrepante	Discrepante	Total Discrepante																																										
El calzado debe ajustarse al pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
La parte más ancha del pie debe coincidir con la más ancha del calzado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
El material del calzado debe ser transpirable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
El calzado debe tener suela con cordones o rebordes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
La suela debe tener dibujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
El tacón debe medir 1 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<p>18. ¿Qué te ha parecido la charla? (Puedes señalar varias opciones)</p> <p>Interesante Indiferente Entretenida Aburrida</p> <p>Corta Larga Clara Confusa Otros</p>																																															
<p>19. ¿Cuánto has aprendido sobre el cuidado de los pies? Puntualo de 0 a 10.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nada Mucho</p>																																															
<p>NOTA: Si desea hacer alguna observación sobre cualquiera de los items planteados, o proponer uno nuevo, puede hacerlo a continuación.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																																															

ANEXO VIII: Cuestionario Pre-Charla
(1/4)



CUESTIONARIO

Pre - Charla

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS
CON LA SALUD PODOLÓGICA**

Cuestionario dirigido a los escolares de 5° y 6° de Primaria.

Por favor, lee y rellena atentamente este cuestionario señalando con una cruz. No dejes ninguna pregunta en blanco.

Centro Educativo: _____

Curso Escolar: 5° Primaria ☐ 6° Primaria ☐

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Empezamos con preguntas sobre el PODÓLOGO

1. ¿A quién acudirías para resolver un problema en tus pies?
Familia ☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Podólogo ☐ Otros ☐
2. ¿Sabes quién es el Podólogo?
Sí ☐ No ☐
3. ¿Has ido alguna vez al Podólogo?
Nunca ☐ Una vez ☐ Dos veces ☐ Más de dos veces ☐

Continuamos con preguntas relacionadas con el PIE Y SU CUIDADO

4. Señala la imagen que corresponde a un pie con una huella normal.



☐



☐



☐

Sigue detrás...

ANEXO VIII: Cuestionario Pre-Charla

(2/4)



CUESTIONARIO

Pre - Charla

5. ¿Has recibido información sobre cómo cuidarte los pies?
Sí ☐ No ☐ (Pasa a la pregunta 8)
6. ¿Quién te explicó cómo cuidarte los pies?
Familia ☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Podólogo ☐ Otros ☐
7. ¿Necesitas ayuda para cuidarte los pies?
Sí, necesito ayuda ☐ No, me los cuido yo ☐

8. Indícanos tu opinión sobre las siguientes cuestiones (marca sólo una casilla para cada fila):

	Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
Los pies son una parte importante del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay que mirarse los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay que lavarse los pies todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay que secarse muy bien los pies sobre todo entre los dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El corte de las uñas de los pies debe ser recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seguimos con preguntas en relación con las ENFERMEDADES DEL PIE

9. ¿Conoces el nombre de alguna enfermedad en los pies?
Sí ☐ Indica cuál.....
No ☐

10. ¿Sabes cómo tenemos que sentarnos correctamente?



☐



☐

Sigue detrás...

ANEXO VIII: Cuestionario Pre-Charla

(3/4)



CUESTIONARIO

Pre - Charla

11. Indícanos tu opinión sobre las siguientes cuestiones (marca sólo una casilla para cada fila):

	Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
Caminar descalzado en sitios públicos (piscinas, duchas comunes, etc.) es perjudicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es recomendable intercambiar el calzado con otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay que cambiar los calcetines después del ejercicio físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las heridas en el pie deben curarse inmediatamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas hacen referencia al CALZADO

12. Señala la imagen que consideres que corresponde a un calzado saludable.



13. Si tuvieras que elegir el calzado, ¿qué criterio seguirías para comprarlo?
(Puedes señalar varias opciones)

Moda ☐ Diseño ☐ Precio ☐ Comodidad ☐ Otros ☐

14. ¿Crees que es bueno utilizar el mismo calzado de para diario que para hacer algún deporte?

Sí ☐ No ☐

15. ¿Consideras que hay que consultar al Podólogo por el tipo de calzado adecuado para practicar un deporte?

Nunca ☐ A veces ☐ Siempre ☐

Sigue detrás...

ANEXO VIII: Cuestionario Pre-Charla

(4/4)



CUESTIONARIO

Pre - Charla

16. Indicanos tu opinión sobre las siguientes cuestiones de las características del calzado (marca sólo una casilla para cada fila):

	Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
El calzado debe ajustarse al pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La parte más ancha del pie debe coincidir con la más ancha del calzado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El material del calzado debe ser transpirable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El calzado debe estar sujeto con cordones o velcros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La suela debe tener dibujos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tacón debe medir 2 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para finalizar un par de preguntas sobre el MÉTODO DE APRENDIZAJE

17. ¿Acudirías a una actividad para aprender sobre el cuidado de los pies?

Sí ☐ No ☐

18. ¿Con que método te gustaría aprender para saber cuidarte los pies? (Puedes señalar varias opciones)

Charla ☐ Teatro ☐ Talleres ☐ Videos ☐ Juegos ☐ Otros ☐

ANEXO IX: Cuestionario Post-Charla
(1/4)



CUESTIONARIO

Post - Charla

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS
CON LA SALUD PODOLÓGICA

Cuestionario dirigido a los escolares de 5° y 6° de Primaria.

Por favor, lee y rellena atentamente este cuestionario señalando con una cruz. No dejes ninguna pregunta en blanco.

Centro Educativo: _____

Curso Escolar: 5° Primaria ☐ 6° Primaria ☐

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Empezamos con preguntas sobre el **PODÓLOGO**

1. ¿A quién acudirías para resolver un problema en tus pies?
Familia ☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Podólogo ☐ Otros ☐
2. ¿Sabes quién es el Podólogo?
Sí ☐ No ☐
3. ¿Tienes intención de ir al Podólogo?
Sí ☐ No ☐ Ya he ido ☐

Continuamos con preguntas relacionadas con el **PIE Y SU CUIDADO**

4. Señala la imagen que corresponde a un pie con una huella normal.

☐☐☐

Sigue detrás...

ANEXO IX: Cuestionario Post-Charla

(2/4)



CUESTIONARIO

Post - Charla

5. Según la longitud de los dedos hay tres tipos de pies. Coloca cada letra en el dibujo que corresponda.

A: Egipcio

B: Griego

C: Cuadrado



.....

6. ¿Has recibido información sobre cómo cuidarte los pies?
Sí ☐ No ☐ (Pasa a la pregunta 9)
7. ¿Quién te explicó cómo cuidarte los pies?
Familia ☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Podólogo ☐ Otros ☐
8. ¿Necesitas ayuda para cuidarte los pies?
Sí, necesito ayuda ☐ No, me los cuido yo ☐
9. Indícanos tu opinión sobre las siguientes cuestiones (marca sólo una casilla para cada fila):

	Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
Los pies son una parte importante del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay que mirarse los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay que lavarse los pies todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay que secarse muy bien los pies sobre todo entre los dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El corte de las uñas de los pies debe ser recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicar crema hidratante entre los dedos de los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sigue detrás...

ANEXO IX: Cuestionario Post-Charla

(3/4)



CUESTIONARIO

Post - Charla

Seguimos con preguntas en relación con las ENFERMEDADES DEL PIE

10. ¿Conoces el nombre de alguna enfermedad en los pies?

Sí ☐ Indica cuál.....

No ☐

11. ¿Sabes cómo tenemos que sentarnos correctamente?



☐



☐

12. Indícanos tu opinión sobre las siguientes cuestiones (marca sólo una casilla para cada fila):

	Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
Caminar descalzado en sitios públicos (piscinas, duchas comunes, etc.) es perjudicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es recomendable intercambiar el calzado con otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay que cambiar los calcetines después del ejercicio físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las heridas en el pie deben curarse inmediatamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas hacen referencia al CALZADO

13. Señala la imagen que consideres que corresponde a un calzado saludable.



☐



☐



☐



☐



☐

Sigue detrás....

ANEXO IX: Cuestionario Post-Charla

(4/4)



CUESTIONARIO

Post - Charla

14. Si tuvieras que elegir el calzado, ¿qué criterio seguirás a partir de ahora para comprarlo? (Puedes señalar varias opciones)

Moda ☐ Diseño ☐ Precio ☐ Comodidad ☐ Otros ☐

15. ¿Crees que es bueno utilizar el mismo calzado para diario que para hacer algún deporte?

Sí ☐ No ☐

16. ¿Consideras que hay que consultar al Podólogo por el tipo de calzado adecuado para practicar un deporte?

Nunca ☐ A veces ☐ Siempre ☐

17. Indicanos tu opinión sobre las siguientes cuestiones de las características del calzado (marca sólo una casilla para cada fila):

	Total Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	Bastante Acuerdo	Total Acuerdo
El calzado debe ajustarse al pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La parte más ancha del pie debe coincidir con la más ancha del calzado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El material del calzado debe ser transpirable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El calzado debe estar sujeto con cordones o velcros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La suela debe tener dibujos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tacón debe medir 2 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para finalizar un par de preguntas sobre el MÉTODO DE APRENDIZAJE

18. ¿Qué te ha parecido la charla? (Puedes señalar varias opciones)

Interesante ☐ Indiferente ☐ Entretenida ☐ Aburrida ☐
Corta ☐ Larga ☐ Clara ☐ Confusa ☐ Otros ☐

19. ¿Cuánto has aprendido sobre el cuidado de los pies? Puntúalo de 0 a 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada Mucho

Muchas gracias por tu colaboración

ANEXO X: Producción científica relacionada con la tesis

1. Comunicación: “*Evaluación de la efectividad de la Educación para la Salud dentro de un Programa de Salud Escolar Podológica*”, presentada en el XV Seminario de Investigación y Comunicación en Podología, organizado por la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Sevilla, 15 y 16 de Septiembre de 2014.
2. Comunicación: “*Validación mediante Método Delphi de un cuestionario para evaluar los conocimientos y actitudes de salud podológica*”, presentada en el XVI Seminario de Investigación y Comunicación en Podología, organizado por la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Sevilla, 16 y 17 de Septiembre de 2015.
3. Vídeo: “*Programa de Salud Escolar Podológica*”. Seminario”. ISBN.- 978-84-15881-93-3
4. Vídeo: “*Exploraciones podológicas en los colegios*”. ISBN.- 978-84-15881-94-0
5. Vídeo: “*Charla-Coloquio sobre el cuidado de los pies*”. ISBN.- 978-84-15881-95-7
6. Vídeo: “*Taller sobre el cuidado de los pies*”. ISBN.- 978-84-15881-96-4
7. **Ramos J, Tovaruela N.** Charla-coloquio y taller sobre el cuidado de los pies en las personas con diabetes. El Sacarino. Revista informativa de la Asociación de Diabéticos del Sur de Córdoba (ADISURC). [On-Line]. 2014. [Consultado 9 febrero 2016]; 12(13): 19-22. Disponible en: <http://www.adisurc.org/files/Sacarino14.pdf>
8. Comunicación: “*Diseño y validación de cuestionarios en la investigación podológica*”, presentada en el 46 Congreso Nacional de Podología, celebrado en Albacete el día 9, 10 y 11 de Octubre de 2015.
9. **Ramos J, Tovaruela N, López D, González ML.** Estrategias para promocionar la salud podológica, después de 10 años. Aten Primaria. 2016b; 48(1): 67-8.
10. **Ramos J, Álvarez V, Tovaruela N, Mahillo R, Gago F.** Impacto poblacional de un programa de salud escolar podológica. Gac Sanit. 2016a. doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.12.002
11. **Ramos J, Tovaruela N.** Charla-coloquio y taller sobre el cuidado de los pies en las personas con diabetes, edición 2.015. El Sacarino. Revista informativa de la Asociación de Diabéticos del Sur de Córdoba (ADISURC). 2016. En prensa.